Rok L. Kraków, dnia 24. czerwca 1911. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Czcigodnemu Profesorowi Jakubowskiemu w dniu ponowienia ślubów Jego z umiłowaną nauką, której sztandar przez pół wieku niósł godnie i wysoko, towarzyszą ze wszech ziem naszych płynące słowa hołdu i serdecznych życzeń, by dano Mu było w zdrowiu dokończyć wszystkich dzieł, któremi pięćdziesięcioletnią swą pracę dla społeczeństwa uwieńczyć pragnie i by długie jeszcze lata cieszył się widokiem ich rozwoju.

Twórca pedyatryi polskiej, mający prawo spojrzeć dziś z dumą na bujny u nas rozkwit tej przez siebie zaszczepionej gałęzi nauki, wychowawca całego zastępu uczniów, we wszystkich trzech zaborach pożytecznie i chlubnie pełniących swe zadanie, założyciel instytucyi, równających nas w sprawie opieki nad dziećmi z zachodem, — miał Czcigodny Profesor Jakubowski ten rzadki dar odczuwania zadań społecznych, będących na dobie, i tę energię czynu, które bywają udziałem tylko ludzi, głęboko miłujących kraj. I dziś także, oceniwszy doniosłość społeczno-narodową walki z gruźlicą, krząta się Czcigodny Jubilat z niesłabnącym, w siedemdziesiątym czwartym roku pracowitego żywota, zapałem by w swoim zakresie sprawę tę w czyn wprowadzić.

Toteż rzadki a rzewny obrzęd odnowienia dyplomu doktorskiego Czcigodnego Profesora Jakubowskiego jest uroczystością nietylko uniwersytecką, ale głęboką swą treścią przemawia do najszerszych kół, stawiając im przed oczy wzór, jak się pojmować ma i wypełniać złożoną na Jagiellońskich berłach przysięgę, która jest nią nietylko wobec prastarej Wszechnicy, ale wobec Ojczyzny.

O wpływie alkoholu na rozwój raka u myszy białych.

(Część druga badań eksperymentalnych nowotworów złośliwych).

Przez

Adama Wrzoska.

Alkohol odgrywa niewątpliwie wielką rolę zarówno w powstawaniu niektórych chorób, jak i ich przebiegu. Dowodzą tego nie tylko spostrzeżenia kliniczne, lecz i badania eksperymentalne. O wpływie jego jednak na rozwój nowotworów złośliwych dotychczas bardzo mało wiemy, zapewne poniekąd z tego powodu, że dopiero od lat kilku zaczęto się gorliwie zajmować pracami eksperymentalnemi nad nowotworami.

Badając od lat kilku warunki rozwoju nowotworów złośliwych, zająłem się między innemi rzeczami także wyjaśnieniem wpływu alkoholu na rozwój raka, przeszczepianego z myszy białych na takie same zwierzęta. Alkohol wprowadzałem w rozmaitych dawkach w ciągu dłuższego lub krótszego czasu, bądź do przewodu pokarmowego, bądź do tkanki podskórnej. Przekonałem się, że myszy białe znoszą wogóle alkohol nieźle, nawet jeżeli go dawać wraz z jadłem lub wstrzykiwać pod skórę w ciągu długiego czasu, i to w dawkach bynajmniej niemałych. Świadczy o tem między innemi następujące spostrzeżenie.

W klatce umieściłem osiem myszy białych młodych, prawie już dorosłych. W ciągu pierwszych pięciu dni zwierzęta te, prócz pszenicy, dostawały dziennie po 8 cm^3 mleka wraz z 1 cm^3 50% alkoholu. Po takich dawkach alkoholu objawów zatrucia nie spostrzegałem. Na szósty dzień dawkę mleka zmniejszyłem do 7 cm^3, a natomiast dawkę 50% alkoholu, dodawanego do mleka, podwyższyłem do 3 cm^3. Prawie wszystko mleko z alkoholem zostało wypite w ciągu 3 godzin. Po upływie następnych 2 godzin wystąpiły u myszy objawy zatrucia: dwie leżały, jak nieżywe, reszta silnie się zataczała. Po tem zatruciu okazywały wyraźny wstręt do alkoholu. Gdy im dawałem dużą dawkę alkoholu: 3 cm^3 50% alkoholu w 7 cm^3 mleka, to, mimo pragnienia, piły mleko takie nader niechętnie, natomiast skwapliwie wypijały mleko bez alkoholu. W następnych dniach dawkę alkoholu zmniejszyłem, dodając 2 cm^3 50% alkoholu do 8 cm^3 mleka, lecz i taka dawka wyskoku wywoływała objawy wyraźnego zatrucia. Nie zmniejszałem jej jednak, pragnąc przekonać się, jakie skutki pociągną za sobą właśnie duże dawki alkoholu. Atoli myszy, po kilkakrotnem upiciu się, okazywały coraz większy wstręt do takich dawek, wypijając mniejsze, niż dawniej, ilości mleka z alkoholem. Wobec tego zacząłem, poczynając od dwudziestego dnia, wstrzykiwać im alkohol pod skórę co parę lub co kilka dni. W dni, w które wstrzykiwałem alkohol, dawałem myszom czyste mleko, w inne zaś dni dawałem im, tak jak poprzednio po 8 cm^3 mleka wraz z 2 cm^3 50% alkoholu. Pod skórę wstrzykiwałem alkohol 20% w dawkach po 0,25 cm^3 lub 0,5 cm^3. Po wstrzyknięciu 0,5 cm^3 alkoholu 20% stale występowały objawy silnego zatrucia. Po upływie miesiąca przestałem wstrzykiwać alkohol, lecz dawałem go z mlekiem w takiej ilości, aby na każdą mysz wypadało dziennie po 0,5 cm^3 20% alkoholu.

Myszy, o których mowa, miały zaszczepione gruczolako-raka mysiego w dniu, w którym zaczęły dostawać alkohol. Nowotwór przyjął się wszystkim. Jedna z nich użyta była po pewnym czasie do innego eksperymentu, resztę zaś obserwowałem aż do ich śmierci. Mimo sporych codziennych dawek alkoholu myszy rzeczone nie wykazywały żadnych szczególnych zaburzeń, a zaszczepiony im nowotwór rozwijał się wogóle bynajmniej nie szybciej, niż u myszy kontrolnych, zaszczepionych tymże nowotworem. Liczbowe wyniki obserwacyi wspomnianych myszy podaję niżej w tablicy drugiej, w 12. i 13. szeregu eksperymentów.

Z powyżej podanych spostrzeżeń, a także i z innych, doszedłem, że dawka alkoholu absolutnego, która wywołuje u myszy dorosłych objawy silnego zatrucia, wynosi 0,1 cm³, jeśli wstrzykiwać go pod skórę, a 0,125 cm³ — 0,150 cm³, jeśli wprowadzać go do przewodu pokarmowego, podając go wraz z mlekiem, przyczem niezbędnym warunkiem do zatrucia jest to, aby myszy mleko z powyższą dawką alkoholu wypiły najdalej w ciągu kilku godzin.

Podawanie myszom alkoholu z mlekiem ma tę niedogodną stronę, iż nieraz myszy, jak to już wyżej wspominałem, po jednorazowem lub kilkakrotnem upiciu się okazują nieprzezwyciężony wstręt do alkoholu i nie chcą pić mleka, w którym się alkohol znajduje, dopóty przynajmniej, dopóki im nie dokuczy bardzo silne pragnienie, a i wtedy piją je w małych ilościach. Do jakiego stopnia może dojść u myszy białych wstręt do alkoholu, świadczy następujące spostrzeżenie.

D. 13. XI. 1907 umieściłem w oddzielnej klatce cztery myszy dorosłe, urodzone 18. III. 1907 roku: samca i trzy samice. W pierwszych dniach dawałem im, prócz pszenicy, po 5 cm³ 20% alkoholu z dodatkiem kilku kropel mleka i niewielkiej ilości cukru. Piły alkohol niechętnie. Na czwarty dzień, prócz pszenicy, dałem im 3 cm³ 20% alkoholu, zmieszanego z 1 cm³ mleka. Napój ten dałem myszom o godzinie 11. przedpołudniem, kiedy już były bardzo spragnione, gdyż od południa dnia poprzedniego żadnego płynu nie dostały. Wypiły go zaraz; rychło potem zaczęły się zataczać, a dwie z nich położyły się na bok, nie mogąc się ruszać. O godzinie $6^1/_2$ popołudniu dwie myszy już wytrzeźwiały, dwie zaś silnie się jeszcze zataczały. Jednę z tych myszy, które popołudniu nie były jeszcze wytrzeźwiały, znalazłem na drugi dzień martwą. Pozostałym trzem dałem 1 cm³ alkoholu 20%, zmieszanego z 1 cm³ mleka. Mimo iż od południa dnia poprzedniego nic nie piły, stroniły od podanego napoju. Pragnienie widocznie jednak bardzo im dokuczało, bo co chwila podchodziły do naczynia z napojem, lecz powąchawszy go, szybko się odeń oddalały. Wtedy w drugiem naczyniu dałem im kilka kropel czystego mleka. Natychmiast je wypiły, jedna drugą od naczynia odpychając. Snać miały wielkie pragnienie, skoro po upływie kilkunastu minut zaczęły jednak pić mleko z alkoholem, lecz, po wypiciu kilku kropel, dalszego picia zaniechały. W następnych dniach piły alkohol niechętnie, nawet jeżeli do 3 cm³ mleka dodawałem tylko 1 cm³ 20% alkoholu. Po 17. dniach dawania im alkoholu z mlekiem, chcąc przekonać się, do jakiego stopnia czują wstręt do niego, włożyłem do klatki dwa naczyńka jednakowej wielkości, z których jedno zawierało 1 cm³ czystego mleka, drugie zaś również 1 cm³ mleka, lecz nadto 0,1 cm³ 1% alkoholu. Natychmiast wypiły mleko z pierwszego naczyńka, a z drugiego ani tknęły, choć mleko w drugiem naczyniu zawierało tylko 0,001 cm³ alkoholu absolutnego. Przez następne dziesięć dni okazywały w dalszym ciągu wstręt do alkoholu: po wypiciu nieznacznej ilości mleka z alkoholem znosiły do naczynia siano, wrzucając go tam łapkami, tak że często mleko w naczyniu znajdowało się pod warstwą siana. Dopiero po 27 dniach zaczęły się przyzwyczajać do alkoholu, i wtedy wypijały w przeciągu kilku godzin mleko z domieszką alkoholu (na 3,5 cm³ mleka 0,15 cm³ absolutnego alkoholu).

(Dok. nast.).

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dra L. Popielskiego we Lwowie.

O wpływie tłuszczów i mydeł na czynność wydzielniczą trzustki.

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie XIX. 8. IV. 1910. Pies wagi 5 klg., Wprowadzono do żyły 10 cm. sz. 10% rozczynu wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa Dwunastnicę tuż koło odźwiernika mocno podwiązano (tab. XII.).

TABLICA XII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
6 h. 29′	—		6 h. 49′	20	
„ 30′	0		„ 50′	16	
„ 31′	0		„ 51′	18	81
„ 32′	0		„ 52′	14	
„ 33′	0		„ 53′	13	
„ 34′	0		„ 54′	2	
„ 35′	0		„ 55′	2	
„ 36′	0		„ 56′	2	14
„ 37′	0		„ 57′	3	
„ 38′	0		„ 58′	5	
„ 39′	0		„ 59′	6	
„ 40′	0		7 h. —	4	
Od 6 h. 40′ do 6 h. 41′ wprowadzono do dwunastnicy 20 cm sz. kwasu olein.			„ 1′	3	18
			„ 2′	4	
			„ 3′	1	
6 h. 41′	0		„ 4′	1	
„ 42′	0		„ 5′	1	
„ 43′	0		„ 6′	1	3
„ 44′	1		„ 7′	0	
„ 45′	18		„ 8′	0	
„ 46′	18	66			
„ 47′	13				
„ 48′	16				
Wlano do żyły 0·005 siarczanu atropiny			Doświadczenie zakończono.		

W doświadczeniu tem w 3 minuty po wprowadzeniu kwasu oleinowego, sok trzustkowy zaczął wydzielać się dość obficie. Po 5 minutach od początku wydzielania wprowadzono do żyły atropinę, poczem wydzielanie trwało jeszcze 5 minut bez zmiany, przez następne zaś 13 minut w ilości zmniejszonej.

Z doświadczeń, w których najprzód wprowadzono

kwas oleinowy, a następnie wstrzykiwano atropinę, widać, że wydzielanie zaczyna się zwykle w 3 minuty po wprowadzeniu kwasu oleinowego, podobnież jak i przy kwasie solnym. Wydzielanie dosięga swego szczytu w pewnych przypadkach bardzo szybko, w innych zaś powoli. Atropina nie zmniejsza wydzielania, wywołanego przez kwas oleinowy.

Grupa III. (Mydła).

Sprawa wpływu mydeł ma wielkie znaczenie, przeważnie jednak teoretyczne. Pod względem praktycznym mydła nie mają wielkiego znaczenia, gdyż nie są używane wewnętrznie w celu leczniczym. Większe zainteresowanie się badaniem wpływu wydzielniczego mydeł zawdzięczamy szkole Pawłowa. Uczniowie jego Babkon i Sawicz, za przykładem Fleiga badali wpływ mydeł na wydzielanie soku trzustkowego. Sawicz w pracowni Pawłowa spostrzegł, że atropina jakoby powstrzymuje wydzielanie wywołane działaniem mydeł, wprowadzonych do dwunastnicy. Modrakowski dowiódł z wszelką pewnością, że atropina nie poraża zakończeń włókien wydzielniczych nerwu współczulnego; co się tyczy nerwu błędnego, to zgadza się on w tym względzie z Pawłowem, że atropina poraża zakończenia jego włókien wydzielniczych. A więc, jeżeli prawdziwe jest zdanie Sawicza, że atropina powstrzymuje wydzielanie wywołane działaniem mydeł, to musimy przypuścić, że mydła wywołują wydzielanie za pośrednictwem ośrodka nerwowego, znajdującego się w rdzeniu przedłużonym. A ponieważ wydzielanie można stwierdzić i po przecięciu rdzenia kręgowego pod rdzeniem przedłużonym, a także po przecięciu n. n. błędnych, więc pogląd Sawicza należało poddać nowemu dokładnemu sprawdzeniu. Dawniej już zaznaczyłem to na przykładzie, wziętym z pracy Sawicza, że atropina wywołała zmniejszenie, ale nie powstrzymanie wydzielania.

Aby doświadczenia z mydłami dawały dokładną odpowiedź na postawione pytanie, trzeba mieć na względzie własności mydeł. 10% rozczyn mydła przedstawia się jako gęsta mało ruchoma ciecz, która, jak zauważyłem osobiście na sekcyach, mocno przylega do ścian jelita. Z tego powodu powtórne wprowadzenie mydła, samo przez się, bez wstrzyknięcia atropiny, może nie wywrzeć żadnego wpływu na wydzielanie, gdyż do tego potrzeba blizkiego zetknięcia się wprowadzonego płynu z wolną czystą błoną śluzową. Rzeczywiście doświadczenia, przeprowadzone specyalnie w tym kierunku, zupełnie potwierdzają to przypuszczenie. Wprowadzenie drugiej dawki 10% rozczynu mydła i bez atropiny nie wywoływało żadnego wydzielania, wtedy, gdy pierwsza dawka wywoływała je w sposób bardzo energiczny. Dlatego, aby wyrobić sobie prawdziwe zdanie o wpływie atropiny, należało ją wstrzykiwać przy wprowadzeniu pierwszej dawki mydła, gdy wpływ jego dosięgał szczytu, lub przed wprowadzeniem mydła. Badaniu wpływu mydeł na wydzielanie soku trzustkowego poświęciłem doświadczenia: 20—32, niektóre z nich przytoczę tu w całości.

Doświadczenie XX. 25. XI. 1909. Pies »Biały« wagi 10 klg., tensam co w doświadczeniach I. i II. Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tab. XIII.).

Doświadczenie to odrazu rozstrzyga sprawę wpływu mydeł i atropiny. Do wprowadzenia mydła ilość soku wy-

TABLICA XIII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
11 h. 19′	—	
„ 20′	1	
„ 21′	0	
„ 22′	0	3
„ 23′	2	
„ 24′	0	
„ 25′	1	
„ 26′	3	
„ 27′	1	8
„ 28′	2	
„ 29′	1	
Od 11 h. 29′ do 11 h. 32′ wprowadzono do dwunastnicy 35 cm sz. 10% oleinianu sodu		
11 h. 33′	0	
„ 34′	0	
„ 35′	0	
„ 36′	4	
„ 37′	22	
„ 38′	3	77
„ 39′	20	
„ 40′	28	
„ 41′	25	
„ 42′	12	
„ 43′	32	120
„ 44′	35	
„ 45′	16	
Zastrzyknięto pod skórę 0·04 siarczanu atropiny		
11 h. 46′	28	
„ 47′	26	
„ 48′	30	122
„ 49′	20	
„ 50′	18	
11 h. 51′	20	
„ 52′	18	
„ 53′	14	95
„ 54′	17	
„ 55′	26	
„ 56′	20	
„ 57′	17	
„ 58′	24	99
„ 59′	22	
12 h. —	16	
„ 1′	17	
„ 2′	20	
„ 3′	18	75
„ 4′	10	
„ 5′	10	
„ 6′	20	
„ 7′	15	
„ 8′	30	120
„ 9′	20	
„ 10′	35	
„ 11′	23	
„ 12′	28	
„ 13′	32	
83 podziałek w 3 min.		
Doświadczenie zakończono.		

dzielającego się wynosiła 3, 5 podziałek w 5 min. Po wprowadzeniu mydła sok zaczął wydzielać się po 6 minutach i ilość jego doszła do 77, 120 podziałek. Następnie wstrzyknięto atropinę 0·04; wydzielanie szło dalej bez przeszkody i wynosiło: 122, 95, 99, 75, 120 podziałek. Tym sposobem okazało się, że atropina nie powstrzymuje wydzielania, wywołanego przez mydło. W doświadczeniu XXII. wprowadzałem nie 10%, ale 1% rozczyn oleinianu sodu, który także wywołał zupełnie wyraźne wydzielanie.

Doświadczenie XXII. 12. XII. Pies »Buldog« wag. 11·2 klg.; tensam co w doświadczeniach II., XII., XV., XXI, Do dwunastnicy wprowadzono i rozdęto balonik (tab. XIV.).

Doświadczenie to zupełnie wyraźnie wskazuje, że atropina nie powstrzymuje wydzielania, wywołanego 1% rozczynem mydła. Przed atropiną wydzielanie wyrażało się w liczbach: 50, 117 podziałek na każde 5 minut; po atropinie 167, 131, 69, 31, 21 podziałek. Teraz przytoczę jeszcze kilka doświadczeń, przeprowadzonych w postaci »ostrej«; w jednem z nich sprawdzałem działanie atropiny, drażniąc koniec obwodowy nerwu błędnego.

Doświadczenie XXVII. 7. III. Pies wagi 12 klg. Do żyły wprowadzono 20 cm., 10% rozczynu wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż około odźwiernika. Nerw błędny lewy przecięto i trzymano na podwiązce (tab. XV.).

W doświadczeniu tem działanie atropiny kontrolowano przez badanie źrenic i drażnienie n. błędnego. Wpływ

TABLICA XIV.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową		Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 26′	—		9 h. 47′	28	
„ 27′	12		„ 48′	30	
„ 28′	14		„ 49′	45	117
„ 29′	11	58	„ 50′	39	
„ 30′	11		„ 51′	35	
„ 31′	10		„ 52′	31	
„ 32′	10		„ 53′	31	
„ 33′	15		„ 54′	26	131
„ 34′	10	54	„ 55′	23	
„ 35′	10		„ 56′	20	
„ 36′	9		„ 57′	20	
Wprowadzono do dwunastnicy 15 cm sz. 1% oleinianu sodu			„ 58′	17	
			„ 59′	14	69
9 h. 37′	10		10 h. —	9	
„ 38′	12		„ 1′	9	
„ 39′	8	51	„ 2′	9	
„ 40′	10		„ 3′	6	
„ 41′	11		„ 4′	6	31
„ 42′	15		„ 5′	5	
„ 43′	17		„ 6′	5	
„ 44′	26	117	„ 7′	5	
„ 45′	27		„ 8′	5	
„ 46′	32		„ 9′	4	21
Zastrzyknięto pod skórę 0·005 siarczanu atropiny			„ 10′	4	
			„ 11′	3	
			Doświadczenie zakończono.		

atropiny przejawiał się już po 30 sek., tymczasem wydzielanie trwało jak zwykle około 15 minut.

W tem doświadczeniu widzimy także wpływ morfiny na wydzielanie przy śródżylnem jej wstrzyknięciu. Podniecenie zwierzęcia przy takim sposobie wprowadzania morfiny zostało dawno już zauważone przez fizyologów. Przyczyna tego podniecenia znajduje tutaj swe wyjaśnienie. Zależy ono od niedokrwienia mózgu, wywołanego znacznym spadkiem ciśnienia krwi. Spadek ciśnienia zależy od obecności we krwi wazodylatyny, która powstaje, jak wykazałem, z rozpadu czerwonych ciałek krwi. Stwierdzone w doświadczeniu ogromne zwiększenie wydzielania było skutkiem działania wazodylatyny t. j. spadku ciśnienia i niekrzepliwości krwi. Wpływ morfiny na gruczoły trawienne jest przedmiotem badań Jakowickiego (w pracowni Prof. Popielskiego). Badania te są w krótkości ogłoszone*). Wydzielanie soku trzustkowego daje się zauważyć tylko przy wprowadzaniu mydeł do dwunastnicy i jelita cienkiego; przy wprowadzeniu ich do okrężnicy poprzecznej, wydzielania nie widzimy wcale, jak widać z następnego doświadczenia.

D o ś w i a d c z e n i e XXIX. 18. III. 1910. Pies wagi 6·5 kilo. Do żyły wprowadzono 11 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika (tab. XVI.).

A więc wydzielanie od mydeł otrzymujemy z tych samych miejsc, jak i od kwasów (Popielski [13]).

W opisanych powyżej doświadczeniach wstrzykiwano atropinę podczas wydzielania soku trzustkowego. W doświadczeniu następnem wstrzyknięto ją na 6 minut przed wprowadzeniem oleinianu sodu do dwunastnicy.

*) Lwowski Tygodnik lekarski. 1911, Nr 10.

TABLICA XV.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
8 h. —	—
„ 1′	0
„ 2′	0
„ 3′	1
„ 4′	0
„ 5′	0
Drażnienie prądem przerywanym (cewki Du-Bois Reymonda na odległości 15 cm) obwodowego końca nerwu błędnego w ciągu 10 sekund. Czynność serca ustaje.	
8 h. 6′	0
„ 7′	1
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 25 cm) obwodowego końca n. błędnego w ciągu 10 sekund. Czynność serca ustaje.	
8 h. 8′	0
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 35 cm) obwodowego końca n. błędnego w ciągu 10 sekund. Czynność serca ustaje.	
8 h. 9′	1
„ 10′	2
Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu.	
8 h. 11′	0
„ 12′	0
„ 13′	13
„ 14′	42
Wprowadzono do żyły 0·005 siarczanu atropiny.	
8 h. 14′ 30″	
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 30 cm) w ciągu 30 sek. obwodowego końca n. błędnego rytmu serca nie zmienia. Źrenice rozszerzone, na światło nie oddziałują.	
8 h. 15′	44
„ 16′	35
„ 17′	25
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 15 cm) w ciągu 30 sekund obwodowego końca n. błędnego nie zmienia rytmu serca.	
8 h. 18′	18
„ 19′	14
Drażnienie prądem przerywanym (odległość między cewkami 5 cm) w ciągu 1 minuty obwodowego końca n. błędnego nie okazuje żadnego wpływu na rytm serca.	
8 h. 20′	12
„ 21′	8
„ 22′	5
„ 23′	8
„ 24′	7
„ 25′	5
„ 26′	5
„ 27′	4
Wprowadzono do żyły 20 cm sz. 1% chlorku morfiny.	
8 h. 28′	25
„ 29′	50
„ 30′	50
„ 31′	40
„ 32′	30
„ 33′	25
„ 34′	25
„ 35′	15
Doświadczenie zakończono.	

D o ś w i a d c z e n i e XXXII. 15. XII. 1909. Pies wagi 9 kilo. Do żyły wprowadzono 18 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika (tab. XVII.).

Tutaj oleinian sodu wprowadzony w 6 minut po wstrzyknięciu atropiny wywołał wydzielanie po 3 minutach, jak i w innych doświadczeniach. Wspomniałem już poprzednio, że powtórne wprowadzenie mydła może samo przez się bez wstrzyknięcia atropiny nie wywołać wydzielania. Wyjaśnieniu tej sprawy poświęciłem doświadczenia XXX. i XXXI. które przytaczam w całości, ponieważ są nadzwyczaj pouczające.

D o ś w i a d c z e n i e XXX. 22. III. 1910. Pies wagi 13·4 kilo. Wprowadzono do odbytnicy 37 cm. sz., a do żyły 15 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Dwunastnicę podwiązano tuż koło odźwiernika (tab. XVIII).

TABLICA XVI.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
7 h 21′	—
,, 22′	0
,, 23′	2
,, 24′	1
,, 25′	2
,, 26′	1
,, 27′	0
,, 28′	1
,, 29′	0
,, 30′	0
,, 31′	0

Wprowadzono do okrężnicy poprzecznej 40 cm sz. 10% oleinianu sodu.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
7 h. 32′	0
,, 33′	1
,, 34′	0
,, 35′	1
,, 36′	0
,, 37′	0
,, 38′	0
,, 39′	1
,, 40′	1
,, 41′	0
,, 42′	0
,, 43′	1
,, 44′	2
,, 45′	2
,, 46′	3
,, 47′	1
,, 48′	3
,, 49′	3
,, 50′	2
,, 51′	3
,, 52′	2
,, 53′	1
7 h. 54′	2
,, 55′	2
,, 56′	2
,, 57′	2
,, 58′	2
,, 59′	2
8 h. —	2
,, 1′	2
,, 2′	2

Wprowadzono do dwunastnicy 30 cm sz. 10% oleinianu sodu

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
8 h. 3′	1
,, 4′	0
,, 5′	2
,, 6′	8
,, 7′	11
,, 8′	12

Wprowadzono do żyły 0·005 siarczanu atropiny.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
8 h. 9′	10
,, 10′	7
,, 11′	5
,, 12′	5
,, 13′	5
,, 14′	3
,, 15′	2
,, 16′	2
,, 17′	1
,, 18′	1

Doświadczenie zakończono.

TABLICA XVII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
10 h. 26′	—
,, 27′	1
,, 28′	1
,, 29′	1
,, 30′	1
,, 31′	1
,, 32′	1
,, 33′	1
,, 34′	0
,, 35′	0
,, 36′	0
,, 37′	1
,, 38′	0
,, 39′	1
,, 40′	1

Wstrzyknięto do żyły 0·009 siarczanu atropiny.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
9 h. 41′	0	
,, 42′	1	3
,, 43′	0	
,, 44′	1	
,, 45′	0	
,, 46′	1	

Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową	
,, 47′	0	13
,, 48′	1	
,, 49′	0	
,, 50′	3	
,, 51′	9	
,, 52′	11	43
,, 53′	9	
,, 54′	9	
,, 55′	7	
,, 56′	7	
,, 57′	6	18
,, 58′	4	
,, 59′	3	
11 h. —	3	
,, 1′	2	
,, 2′	2	8
,, 3′	2	
,, 4′	1	
,, 5′	2	
,, 6′	1	

Doświadczenie zakończono.

TABLICA XVIII.

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 23′	—
,, 24′	0
,, 25′	0
,, 26′	0
,, 27′	0
,, 28′	0
,, 29′	0
,, 30′	0
,, 31′	

Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 32′	0
,, 33′	0
,, 34′	0
,, 35′	3
,, 36′	9
,, 37′	9
,, 38′	13
,, 39′	14
,, 40′	16
,, 41′	16
,, 42′	17
,, 43′	19
,, 44′	16
,, 45′	12
,, 46′	12
,, 47′	9
,, 48′	9
,, 49′	6
,, 50′	5
,, 51′	4
11 h. 52′	3
,, 53′	2
,, 54′	1
,, 55′	1
,, 56′	1
,, 57′	1
,, 58′	1

Wprowadzono do dwunastnicy 40 cm sz. 10% oleinianu sodu

Czas	Ilość wydzielającego się w minutę soku trzustkowego w milimetr. podziałkach rurki, połączonej z przetoką trzustkową
11 h. 59′	1
12 h. —	1
,, 1′	0
,, 2′	0
,, 3′	0
,, 4′	0
,, 5′	1
,, 6′	0
,, 7′	0
,, 8′	1
,, 9′	0
,, 10′	0
,, 11′	0
,, 12′	0
,, 13′	1
,, 14′	0
,, 15′	0
,, 16′	0
,, 17′	0
,, 18′	0

Doświadczenie zakończono.

(Dok. nast.).

O stosunkach szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie

przez

Dr Macieja Jakubowskiego.

(Sprawozdanie, przedłożone Ogólnemu Zebraniu Towarzystwa Opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie dnia 7 kwietnia 1911).

I.

Jeszcze w r. 1908 na posiedzeniu Komitetu 20 maja ustępując z zajmowanego przez lat trzydzieści dwa stanowiska dyrektora szpitala św. Ludwika, złożyłem szczegółowe sprawozdanie co do stosunków tegoż szpitala, kończące się następującemi wnioskami:

Komitet Towarzystwa zawiadamia Wysoki Wydział krajowy, iż umowy w przedmiocie utrzymywania i leczenia w szpitalu św. Ludwika dzieci chorych, zatwierdzonej dnia 28 marca 1906. L. W. 20.320/1906, kończącej się z dniem 31 grudnia 1908, nadal nie przedłuży, lecz skłonny jest do sprzedania lub wydzierżawienia krajowi realności szpitala św. Ludwika wraz z inwentarzem.

2) Otrzymany ze sprzedaży kapitał, względnie płynące z wydzierżawienia dochody, obracać będzie Towarzystwo na samodzielne prowadzenie kolonii leczniczej pod wezwaniem św. Józefa w Rabce, utrwalając jej byt i zamieniając ją w sanatoryum (vulgo szpital), otwarte przez rok cały dla dzieci skrofulicznych i zagrożonych gruźlicą.

3) Gdyby układy z Wysokim Wydziałem krajowym w przedmiocie sprzedaży lub wydzierżawienia realności szpi-

tala św. Ludwika w Krakowie nie zostały przeprowadzone do końca bieżącego roku, w takim razie wyczekując na ostateczne załatwienie sprawy, należałoby prowizorycznie przedłużyć umowy na krótki, jedno - lub dwuletni okres czasu, za wynagrodzeniem po 2 kor. dziennie za każde chore dziecię.

II.

Opierając się na powyższem sprawozdaniu, wniósł Komitet Towarzystwa dnia 2 czerwca 1908 (L. 103) do Wys. Wydziału krajowego wypowiedzenie umów co do utrzymywania chorych dzieci w szpitalu św. Ludwika z dniem 31 grudnia 1908, oświadczając jednak gotowość prowadzenia jeszcze szpitala do dnia 30 września 1909, atoli za wynagrodzeniem dziennem po 2 kor. za każdego chorego.

Powyższej propozycyi Komitetu nie przyjął Wysoki Wydział krajowy, a gdy dalsze pisemne rokowania sprawy nie posuwały naprzód, odbyła się w Krakowie dnia 19 listopada 1908 konferencya reprezentantów Wys. Wydziału krajowego i Towarzystwa Opieki szpitalnej dla dzieci, na której ówczesny inspektor szpitali krajowych w imieniu Wydziału krajowego oświadczył gotowość podwyższenia na rok 1909 ryczałtu za leczenie dzieci od 1—12 lat o 6.000 kor., to jest z dotychczasowej kwoty 36.000 kor. na 42.000 kor., jednakże pod warunkiem, że po upływie roku Towarzystwo odstąpi szpital św. Ludwika na własność kraju, w zamian za co Wydział krajowy wyjedna u Wys. Sejmu subwencyę 100.000 kor. na rzecz kolonii leczniczej w Rabce.

Co do podwyższenia wynagrodzenia ryczałtowego na rok 1909 do wysokości 42.000 kor. zgodzili się reprezentanci Towarzystwa Opieki szpitalnej, ale co do odstąpienia szpitala św. Ludwika krajowi, na mocy statutów realności szpitalne mogłyby przejść na własność kraju tylko w drodze sprzedaży.

Wobec zasadniczych różnic w zapatrywaniach co do rozwiązania sprawy, na konferencyi nie doszło do porozumienia, a Wydział krajowy pismem z 24 listopada 1908 r. L. 124.762 zawiadomił Komitet, iż wobec stanowiska, jakie zajęło Towarzystwo, nie może przedstawić Wys. Sejmowi wniosków na zakupno szpitala św. Ludwika na rzecz kraju, uważając dalsze w tej sprawie pertraktacye za bezowocne, a przedłużenie dotychczasowej umowy na krótki czas za niewłaściwe. Równocześnie zawiadomiono Komitet, iż dyrektor krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie otrzymał polecenie poczynienia stosownych przygotowań celem przyjmowania z dniem 1 stycznia 1909 r. chorych dzieci do szpitala św. Łazarza, oddawanych dotąd do leczenia do szpitala św. Ludwika. Wreszcie wzywa Wys. Wydział krajowy do oznaczenia terminu zwrotu funduszowi krajowemu pożyczki w kwocie 20 000 kor., udzielonej Towarzystwu w roku 1874 na budowę szpitala.

W pomienionej odezwie z 24 listopada 1908 L. 124.762 Wys. Wydział krajowy, odmawiając stanowczo traktowania o nabycie od Towarzystwa na rzecz kraju szpitala św. Ludwika, uzasadnia to następującymi motywami:

1) iż Komitet Towarzystwa w r. 1894 i 1895 czynił starania o bezpłatne przyjęcie szpitala św. Ludwika na rzecz kraju;

2) że obecnie oddany zostaje na własność kraju szpital św. Zofii dla dzieci we Lwowie w drodze darowizny.

Wobec powyższej argumentacyi złożyć musimy następujące wyjaśnienie:

ad 1) W r. 1894 po zgonie gorliwej przewodniczącej Komitetu ks. Marceliny Czartoryskiej i po niemal równoczesnym zgonie wpływowego protektora Towarzystwa J. Eminencyi księcia kardynała Dunajewskiego Komitet Towarzystwa znalazłszy się w trudnem położeniu, zwrócił się do Wydziału krajowego z propozycyą o podjęcie rokowań celem objęcia przez kraj szpitala św. Ludwika. Wydział krajowy w sprawozdaniu do Wys. Sejmu L. W. 67.501/94 z dnia 4 grudnia 1894 załatwił tę sprawę odmownie, a z przytoczonych motywów, załączamy główniejsze:

a) »Szpital św. Ludwika jest urządzony jako zakład prywatny nie według zwykłej normy szpitalnej, lecz bardzo kosztownie i na wzór kliniki pedyatrycznej«.

b) »Wydział krajowy nie może się oświadczyć za objęciem przez kraj szpitala, jako donum onerosum«.

c) »Towarzystwo szpitala św. Zofii we Lwowie, będące w lepszych stosunkach finansowych, niż Towarzystwo krakowskie, nie stara się wcale o uznanie szpitala św. Zofii za krajowy«.

Z przytoczonych szczegółów okazuje się, iż poruszanie po latach 16 sprawy, proponowanej w ogólnych zarysach przez komitet Towarzystwa, a przez Wydział krajowy odrzuconej, przy zmienionych stosunkach po tak długim czasie nie może być brane w rachubę.

ad 2) Również nie można porównywać stosunków szpitala św. Zofii we Lwowie z krakowskim szpitalem św. Ludwika.

Według § 35 statutu Towarzystwa szpitala dla ubogich dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie: »w razie rozwiązania Towarzystwa majątek jego przechodzi na korzyść szpitala powszechnego krajowego we Lwowie, jeżeli ostatnie walne zgromadzenie nie poweźmie w tym przedmiocie odmiennej uchwały«.

W statucie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie § 9 brzmi: »Na przypadek rozwiązania Towarzystwa zebrany lub pozostały fundusz oddany będzie »Komitetowi ochronek dla małych dzieci w Krakowie« z tem zastrzeżeniem, że gdyby później przez chrześcian krakowskich czy to nowy szpital dla dzieci w Krakowie, czy też kolonia lecznicza poza Krakowem była założona, ochronki otrzymane fundusze ze specyalnem przeznaczeniem na jeden z powyższych zakładów, jużto na korzyść nowo powstającego szpitala, już też na korzyść nowopowstającej kolonii leczniczej oddać mają i dlatego nie naruszając kapitałów, tylko procenta pobierać mogą«.

Z przytoczonych ustępów obu statutów okazuje się jasno i dowodnie, że szpital św. Zofii dla dzieci we Lwowie przeszedł na własność kraju nie w drodze darowizny, ale na podstawie postanowień statutu w § 35. Krakowski zaś szpital św. Ludwika na podstawie statutu, a tem mniej darowizny na własność kraju oddanym być nie może.

Mimo tak trudnych stosunków, jakie wyłoniły się wskutek ostatecznej decyzyi Wys. Wydziału krajowego, Komitet Towarzystwa pismem z dnia 6 grudnia 1908 zwrócił się raz jeszcze z propozycyą do Wys. Wydziału krajowego o przedłużenie umowy na rok jeden pod warunkami, unormowanymi na konferencyi dnia 19 listopada, zaznaczając z naciskiem, iż Towarzystwo nie chce przyczynić się do nagłego zamknięcia szpitala św. Ludwika z dniem 1 stycznia 1909 w najnieodpowiedniejszej porze roku, łączącej się z niezawodną szkodą dla chorych dzieci.

Dnia 17 grudnia 1908 przybył do Krakowa J. Eksc. hr. Stanisław Badeni, Marszałek krajowy, i zaprosiwszy reprezentantów Komitetu (Prof. Jakubowskiego i Prof. Zolla Fryderyka młodszego), zaproponował przedłużenie dotychczasowych umów z podwyższeniem ryczałtu za leczenie dzieci od 1 do 12 lat z kwoty 36.000 kor. na 42.000 kor. rocznie, ale na okres pięcioletni, poczynając od 1 stycznia 1909. J. Eks. hrabia Badeni oznajmił, iż w ciągu 5 lat można będzie stosunki co do leczenia i pielęgnowania dzieci odpowiednio uregulować, a w szczególności:

a) rozszerzony zostanie oddział chirurgiczny w szpitalu św. Łazarza tak, iż w nim i dzieci znajdą pomieszczenie, a oddział chirurgiczny w szpitalu św. Ludwika stanie się zbytecznym;

b) zbudowany zostanie przy szpitalu św. Łazarza wspólnym kosztem kraju i rządu zakład położniczo-ginekologiczny, w którym znajdą pomieszczenie dzieci, karmione piersią, znajdujące się tymczasowo (od r. 1889) w szpitalu św. Ludwika;

c) wątpić też nie można, że gmina m. Krakowa spełni swój obowiązek i wkrótce zbuduje szpital dla chorób zaka-

źnych, a natenczas utrzymanie większych oddziałów dla szkarlatyny, dyfteryi i t. d. w szpitalu św. Ludwika stanie się zbytecznem.

Reprezentanci Towarzystwa mimo pełnej świadomości, jak trudnego Towarzystwo podejmuje się zadania, zgodzili się na propozycyę J. Eksc. Pana Marszałka, a następnie umowa na okres 5-letni została przez Wys. Wydział krajowy zatwierdzona dnia 12 stycznia 1909 L. W. 1.256 z podwyższeniem ryczałtu za leczenie dzieci od 1 roku życia do lat 12 z kwoty 36.000 na 42.000 kor.

III.

Komitet Towarzystwa, wniósłszy w dniu 2 czerwca 1908 wypowiedzenia umów Wys. Wydziałowi krajowemu co do utrzymania chorych dzieci w szpitalu św. Ludwika, musiał też w konsekwencyi wnieść wypowiedzenie Wys. Rządowi co do utrzymania kliniki pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika. Wypowiedzenie to z terminem 30 września 1909 wniósł Komitet wprost do Wys. Ministerstwa oświecenia d. 24 czerwca 1908 (L. 121/09) przesyłając równocześnie odpis do Dziekanatu Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Gdy atoli wskutek przedłużenia umowy z Wydziałem krajowym na okres lat 5 stosunki się zmieniły, rozpoczęto na nowo rokowania co do czasowego jeszcze utrzymywania kliniki pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika.

Po długich pertraktacyach dopiero dnia 3 marca 1910 J. W. P. Delegat Namiestnika w Krakowie do L. 254 Del. nadesłał Komitetowi zarys kontraktu, poprawiony przez Ekspozyturę c. k. Prokuratoryi skarbu, na który Komitet się zgodził pismem z dnia 9 marca 1910 r.

Od owego czasu powstało prowizoryum, na podstawie którego Namiestnictwo asygnuje z końcem każdego kwartału kwoty, przypadające Towarzystwu według zarysu zawrzeć się mającego kontraktu. Do formalnego zawarcia kontraktu dotąd nie przyszło.

Zanotować należy, że według dawnego kontraktu z Wysokim Rządem otrzymywało Towarzystwo subwencyę roczną 7.000 kor. za oddane lokale dla kliniki, ich ogrzewanie, oświetlenie i dodanie osobnego służącego do laboratoryum, jednakże bez specyalnego oznaczenia kwot za powyższe świadczenia. Według nowo zawrzeć się mającego kontraktu ma Towarzystwo otrzymać z funduszu naukowego:

1) za używanie lokalności oddanych na umieszczenie kliniki pedyatrycznej	3.500 kor.
2) tytułem ryczałtu na potrzeby kliniki .	10.000 »
razem .	13.500 kor.
Z ryczałtu 10.000 kor. zastrzeżono do wyłącznej dyspozycyi Profesora	4.100 kor.
przeto na świadczenia dawnym kontraktem objęte pozostaje dla Towarzystwa . . .	9.400 kor.
Zważywszy atoli, iż Towarzystwo przyjęło jeszcze zobowiązanie do utrzymywania na klinice 4 posługaczek (t. j. o dwie więcej jak wprzód) licząc każdą po 800 kor. × 2 = ...	1.600 kor.
pozostaje	7.800 »
z czego okazuje się, że istotna nadwyżka wśród dzisiejszej ogólnej drożyzny wynosi w porównaniu z dawniejszą subwencyą (7.000 kor.) zaledwie	800 kor.

IV.

Komitet Towarzystwa, wypowiadając kontrakta Krajowi i Rządowi z końcem roku 1908, dążył do uwolnienia się od zobowiązań nietylko *uciążliwych*, ale i *bezcelowych*.

Uciążliwemi i z każdym rokiem trudniejszemi do spełnienia są przyjęte zobowiązania wskutek niesłychanie zwiększającej się drożyzny wszystkich artykułów i środków, do utrzymania szpitala potrzebnych. Z ogólną drożyzną łączą się też inne trudności, z których ważniejsze przytaczamy:

a) Towarzystwo nietylko nie jest w stanie podnieść lekarzom szpitalnym (sekundaryuszom) pensyi do tej wysokości, jaką w ostatnich czasach przyznano lekarzom w szpitalach krajowych, ale — co ważniejsza — nie może im jako pełniącym obowiązki w zakładzie prywatnym zapewnić tych prerogatyw, jakie mają lekarze tej kategoryi w szpitalach krajowych. Wskutek tego coraz trudniej jest pozyskać dla szpitala św. Ludwika lekarzy odpowiednio przysposobionych. Kandydaci zgłaszają się tylko na czas krótki, zanim nie uzyskają korzystniejszego miejsca w jednym ze szpitali krajowych lub na jednej z klinik uniwersyteckich.

b) Bardzo kosztowną staje się posługa szpitalna nietylko z powodu znacznie podwyższonych płac, ale i obowiązków zastrzeżonych ustawami co do zabezpieczenia od wypadku i na starość.

c) Znacznego nakładu wymagałyby inwestycye i adaptacye lokalności szpitalnych, odpowiadające nowoczesnym przepisom higienicznym i sanitarnym. Jako przykład przytoczyć tu można rozporządzenie Magistratu z d. 1 lutego 1910 L. 8.543 Fiz., w którem fizykat miejski wykazuje braki w oddziale, przeznaczonym dla płonicy z poleceniem usunięcia takowych pod zagrożeniem zamknięcia wzmiankowanego oddziału. Z powodu braku funduszów i rozkładu lokali przeznaczonych dla oddziału szkarlatynowego, żądane przez Magistrat zmiany można było częściowo uskutecznić i to z wielką trudnością. Według nowoczesnych pojęć co do urządzenia szpitali i bezpieczeństwa chorych w nich przebywających, szpital św. Ludwika jako zakład, budowany oszczędnie przed trzydziestu kilku laty, bardzo wiele pozostawia do życzenia, a usunięcie braków, o które lada chwila władze administracyjne upomnieć się mogą, wymagałoby kilkudziesięciu tysięcy koron, których Towarzystwo nie posiada.

Z tych przytoczonych kilku szczegółów okazuje się, z jakiemi trudnościami ma obecnie do walczenia Towarzystwo, aby, o ile to jest możliwe, dopełnić zobowiązań przyjętych z konieczności aż do końca r. 1913.

Dalsze utrzymanie szpitala w wielkich rozmiarach na podstawie kontraktów jest również *bezcelowe*, gdyż skoro według unormowanych dzisiaj stosunków w państwie austryackiem opieka nad chorymi należy do obowiązków kraju, a utrzymywanie klinik do Wys. Rządu, przeto w tych warunkach Towarzystwo nie spełnia swego celu, objętego statutem, lecz zeszło do roli przedsiębiorcy, który za tanie pieniądze utrzymuje w zastępstwie kraju szpital, a w zastępstwie Rządu klinikę dla dzieci. Niezawodnie, że fundusze krajowe i rządowe przy tem urządzeniu mają pewne oszczędności, ale Towarzystwo poświęca swe zasoby i pracę członków nie tylko bezowocnie, ale także ze szkodą dla chorych dzieci, które w zakładach założonych i utrzymywanych przez kraj względnie przez Rząd, znaleźć powinny odpowiedniejsze pomieszczenie.

Jeżeli Komitet Towarzystwa wskutek osobistej interwencyi P. Marszałka kraj. J. Eksc. Stanisława hr. Badeniego zgodził się z końcem r. 1908 na przedłużenie umowy jeszcze na lat 5, to uczynił to w poczuciu humanitarnem, wiedząc dobrze, że bezwzględne rozwiązanie kontraktu z dniem 1 stycznia 1909, jak to postanowił Wys. Wydział kraj. w reskrypcie z d. 24 listopada 1908 L. 124.762, byłoby połączone z wielką krzywdą dla chorych. Z tego powodu, acz niechętnie, zgodził się Komitet Towarzystwa na przedłużenie kontraktu na lat pięć, w przekonaniu, że w tym dłuższym okresie czasu zarówno kraj, jak i rząd, stosunki tak uregulują, iż Towarzystwo zostanie uwolnione od dotychczasowych zobowiązań, a chore dzieci tego nie odczują, ale raczej dostaną się do zakładów, lepiej urządzonych i uposażonych, niż dzisiejszy ubogi szpital św. Ludwika.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Zawadzki. **Autoseroterapia zapaleń opłucnej.** (Rus. Wracz 1911, Nr 18). W sprawie metody Gilberta leczenia zapaleń opłucnej, polegającej na wstrzykiwaniu podskórnem świeżo wydobytego wysięku z opłucnej tegoż chorego, ogłoszono w ostatnich latach dość znaczną ilość prac, w których przeważnie zabieg ten uznawano za bardzo skuteczny. Czynnikiem leczniczym jest według zdania autorów autotuberkulizacya (Gilbert), obniżanie ciśnienia śródopłucnego (Gauttier, Brudawski), lub też wytwarzanie się niweczników pod wpływem dostawania się do krążenia wysięku opłucnej, w którym składniki działające mogą znajdować się w znacznie większej ilości, niż w osoczu krwi. Na korzyść tego ostatniego poglądu przemawia to, iż punkt zamarzania wysięków opłucnej jest, według spostrzeżeń autora u 3 chorych, nieco niższy, niż punkt zamarzania surowicy krwi (0·05°—0·15° C). Metodę Gilberta badał autor na 38 chorych (23 przypadki wysięków surowiczych, 5 krwawych i 8 przypadków, w których obok wysięku zapalnego w opłucnej były wyraźne objawy gruźlicy płuc). Do porównania służyły autorowi zapiski szpitalne, dotyczące przebiegu zapalenia opłucnej u 86 chorych (64 przypadki wysięku surowiczego, 5 krwistego, 17 przypadków, w których obok wysięku zapalnego w opłucnej były wyraźne objawy gruźlicy płuc). Z 38 chorych, leczonych metodą Gilberta, wyzdrowiało 15 (39·47% przyp. sprawozd.), z 86 zaś chorych, u których zabiegu tego nie stosowano, wyzdrowiało 55·81% (przyp. sprawozd.). Zestawiając dalej przebieg choroby we wszystkich 117 przypadkach, dochodzi Z. do wniosku, iż metoda Gilberta: 1) nie wpływa wcale na zmniejszenie się okresu gorączkowania, 2) nie przyspiesza wchłaniania się wysięków, 3) nie chroni od nawrotów i przechodzenia zapaleń na inne błony surowicze, 4) nie ma znaczenia rozpoznawczego, 5) nie wpływa na przebieg gruźlicy. W jednym przypadku, który zakończył się zejściem śmiertelnem z powodu gruźlicy prosówkowej, przyczyną mogło być, według wrażenia autora, stosowanie autoseroterapii. Z. Gilewicz.

Citronblat. **Rozpoznawcza wartość antytrypsyny w surowicy krwi chorych na raka i inne choroby.** (Wraczebn. Gaz. 1911, Nr 19). C. określał ilość antytrypsyny w 91 przypadkach raka (zwiększenie w 86), 8 mięsaka (zwiększenie w 6), 31 kiły (zwiększenie w 2), i 23 przypadkach innych chorób (zwiększenie 9 razy: gangraena spontanea 1, graviditas 1, typhus abdominalis 2, cholelithiasis 2, tuberculosis 3). W większości przypadków stosowano obie metody, Briegera i Fould Grossa. C. zaznacza, że zwiększenie ilości antytrypsyny u chorych na raka stwierdzono w 90% przypadków, lecz żadnej zależności między nasileniem sprawy chorobowej, a ilością antytrypsyny nie udało się wykryć. Również nie udaje się wykazać zależności między ilością antytrypsyny, a ilością hemoglobiny i stanem charłactwa chorego. Nie udało się także Citronblatowi wykazać we krwi królików głodzonych zwiększenia ilości antytrypsyny, nawet przed samą ich śmiercią. Co się tyczy mięsaka, to zwiększenie ilości antytrypsyny występuje tu rzadziej, niż przy raku. Zjawisko zwiększenia antytrypsyny we krwi przy innych chorobach jest jeszcze, zdaniem C., za mało badane. C. jest zwolennikiem metody Brieger-Marcusa (płytki Löflera), dowodząc, że metoda Fould-Grossa (kazeina) daje szersze pole do błędów podmiotowych. A. Modrzewski.

Neurologia i psychiatrya.

Timofiejew. **Dementia praecox pseudoparalytica.** (Obozr. psych. 1911, Nr 2). Autor opisuje 3 przypadki, w których rozpoznanie porażenia postępowego trzeba było następnie zmienić na rozpoznanie przedwczesnego otępienia. W jednym z tych przypadków stwierdzono w wywiadach przymiot, przy badaniu jednakże odczyn Wassermanna dał wynik ujemny. We wszystkich przypadkach oprócz zwykłych przy rozpoczynającem się porażeniu postępowem objawów psychicznych, stwierdzano też niektóre objawy somatyczne, n. p. drżenie rąk i języka, osłabienie jednostronne nerwu twarzowego, porażenie podniebienia miękkiego, nierówność i leniwe oddziaływanie źrenic na światło, we wszystkich jednak choroba, doszedłszy do pewnego punktu rozwoju, zatrzymywała się i nie szła już dalej, pomimo tego, że w dwóch przypadkach obserwacya datuje się od lat kilkunastu. Otóż autor przychodzi do przekonania, że należy spostrzegane przezeń, oraz opisywane niejednokrotnie w psychiatrycznej literaturze przypadki długotrwającego, lub zakończonego wyleczeniem porażenia postępowego wydzielić w osobną grupę przedwczesnego, rzekomo poraźnego otępienia. S. Trzebiński.

S. J. Lass. **Psychoza Korsakowa, powikłana zapaleniem szarej substancyi mózgowej typu Wernickego** (polioencephalitis haemorrhagica). (Obozr. psychiatrii 1911, Nr 2). W przypadku przewlekłego alkoholizmu obok osłabienia psychiki, zwłaszcza zaś pamięci, »ophthalmoplegia externa« z obu stron przy lekko tylko osłabionem oddziaływaniu źrenic na światło i prawidłowem dnie ocznem, porażenie dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, osłabienie kończyn. Autor zaznacza względnie częste występowanie tego powikłania przy psychozie Korsakowa.

S. Trzebiński.

S. J. Lass. **Automatyzm ambulatoryjny.** (Obozr. psychiatrii 1911, Nr 2). Powołując się na opisane przez siebie w tem samem piśmie 2 przypadki automatyzmu ambulatoryjnego (1897 i 1901 r.) opisuje autor teraz przypadek trzeci. Dotyczy on silnie dziedzicznie obciążonego 21-letniego mężczyzny, który cierpiąc od dzieciństwa na napady drgawek ogólnych z utratą przytomności, z początku tylko w nocy, od 14. roku życia, również w dzień, od lat kilku wykonywa różne, mniej lub więcej złożone czynności, o których następnie nic nie wie. Tak n. p. kiedyś ocknął się nagle na parowcu, płynącym Wołgą do Carycyna, nie mając pojęcia, w jaki sposób i kiedy tam się dostał. Pokazało się, że podróżował w ten sposób już $1^1/_2$ doby, nie zwracając zresztą swem zachowaniem się szczególnej uwagi swych współpasażerów. Autor przypomina doniosłe sądowo-lekarskie znaczenie podobnych stanów zamroczenia, w które dotychczas zwykle nie chcą wierzyć prawnicy, skłonni do upatrywania świadomego działania wszędzie tam, gdzie działanie to nosi cechy celowości i logiczności zewnętrznej. Znaczenie opisanego przypadku jest tem większe, że chory ten przedtem nigdy nie wchodził w kolizyę z kodeksem karnym i przepisami policyjnymi podczas napadów zamroczenia, że więc niema najmniejszej podstawy do posądzania go o udawanie, lub przesadę. S. Trzebiński.

E. A. Kopystyński. **Przypadek sądowo-lekarski dipsomanii padaczkowego pochodzenia.** (Obozr. psichiatrii 1911, Nr 2). Historya silnie dziedzicznie obarczonego duchownego, który przytem w ciągu dzieciństwa podlegał 3-krotnie mniej lub więcej ciężkim urazom głowy. W późniejszym wieku oddawał się on całymi miesiącami pijaństwu, poczem następował również kilkumiesięczny lub nawet paroletni okres zupełnej wstrzemięźliwości, połączonej nawet ze wstrętem do alkoholu. Ale wówczas też występowały różne przypadłości nerwowe: migreny, uczucie przygnębienia, omamy, zły sen i t. p. Kiedyś, będąc zresztą zupełnie trzeźwym, zabił on toporem, bez żadnego powodu, śpiącego brata, zachowując wprawdzie częściową pamięć samego faktu, nie mogąc jednak zdać sobie sprawy z motywów czynu, oraz nie pamiętając różnych towarzyszących mu okoliczności. Autor, wyłączając czystą dipsomanię, oraz psychozę maniakalno-depresyjną, skłania się do przyjęcia w tym przypadku rozpoznania utajonej padaczki. Tłoma-

czyłaby ona okresowe napady pijaństwa, wywołane przez uczucie przygnębienia i tęsknoty, a także występek, popełniony w stanie zamroczenia padaczkowego.

S. Trzebiński.

Nonne. **O znaczeniu »czterech odczynów«.** (XXXVI. Zgromadzenie południowo-zachodnich niem. neurologów i psychiatrów). Najnowsze wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego w związku z odczynem Wassermanna streszcza Nonne w sposób następujący.

I. Badanie surowicy krwi. Odczyn Wassermanna, a) dodatni — jest charakterystyczny dla kiły. (Nieliczne nie mające znaczenia praktycznego wyjątki. Odczyn dodatni wykazują również: poszczególne przypadki płonicy — jedynie czasowo, w pewnych okresach choroby — zimnicy, framboezyi, trądu i t. d.). Dodatni odczyn W. dowodzi jedynie, że jednostka jakąkolwiek drogą — dziedziczną, czy nabytą — zetknęła się z kiłą, nie dowodzi zaś, że dane schorzenie jest natury kiłowej. b) Ujemny — ma znaczenie rozpoznawcze o tyle, że przemawia przeciw porażeniu postępującemu, ponieważ z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków odczyn W. z surowicą krwi bywa w tem schorzeniu stale dodatni.

II. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. a) Płyn normalny: ciśnienie 90—130 mm wody. Faza I. — ujemna. Najwyżej 5—6 komórek w cm sz. (kamera Fuchs-Rosenthala). Odczyn W. według metody oryginalnej z użyciem 0,2 cm sz. płynu, a także z większych ilości płynu (0,3—1,0 cm sz.) — ujemny. b) Płyn patologiczny: 1) wzmożone ciśnienie (ponad 15 c. cm wody), 2) faza I. — dodatnia, 3) wzmożona zawartość komórek. Te 3 odczyny kombinowane lub zosobna wskazują na organiczne schorzenie układu nerwowego ośrodkowego (swoiste lub nieswoiste). 4) O kiłowym charakterze tego schorzenia rozstrzyga odczyn W. z płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeżeli odczyn W. wypada dodatnio już przy zastosowaniu metody oryginalnej (0,1 cm sz. płynu), to według wszelkiego prawdopodobieństwa ma się do czynienia z porażeniem postępującem lub z temże w związku z wiądem rdzenia, o wiele rzadziej — z kiłą mózgowo-rdzeniową, wyjątkowo zaś — z czystym wiądem rdzenia. W ogromnej większości przypadków porażenia postępującego wypada odczyn W. już przy użyciu 0,2 cm sz. dodatnio. W nieznacznej części przypadków porażenia postępującego, we wszystkich prawie przypadkach kiły mózgowo-rdzeniowej i wiądu rdzenia odczyn W. bywa dodatnim przy użyciu większych ilości płynu (0,3—0, 4—1,0 cm sz.).

III. Wyniki typowe. A. Porażenie postępujące — samo lub z wiądem rdzenia: 1) odczyn W. z surowicy krwi — dodatni (prawie w 100%). Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego często wzmożone, 2) faza I. — dodatnia (w mniej więcej 90—100%), 3) limfocytoza (w mn. w. 95%), 4) odczyn W. z płynu mózgowo-rdzeniowego, a) dodatni w mn. w. 75% przy zastosowaniu metody oryginalnej (0,2 cm sz. płynu, b) dodatni w 100% przy użyciu większych ilości płynu). B. Wiąd rdzenia (bez związku z porażeniem postępującem): 1) odczyn W. z surowicy krwi dodatni w 60 do 70%. Ciśnienie płynu m. rdz. często wzmożone, 2) faza I. — dodatnia w 90—95%, 3) limfocytoza — dodatnia w 90%, 4) odczyn W. z płynu m. rdz. — dodatni: a) przy metodzie oryginalnej w 5—10%, b) przy użyciu większych ilości płynu — prawie w 100%. C. Kiła mózgowo-rdzeniowa: 1) odczyn W. z surowicy krwi dodatni w 80—90%, ciśnienie płynu m. rdz. często wzmożone, 2) faza I. — jedynie wyjątkowo ujemna, zresztą — dodatnia, 3) limfocytoza — podobnie do fazy I. stale dodatnia, 4) odczyn W. z płynu m. rdz.: a) przy metodzie oryginalnej — dodatni w 10%, b) przy użyciu większych ilości płynu — prawie stale dodatni, (odczyn ten ma wielkie znaczenie rozpoznawcze przy wyłączaniu stwardnienia rozsianego).

Nelken — (Burghölzli).

Położnictwo i ginekologia.

J. Jakub. **Ciąża i poród przy wiądzie rdzenia.** (Russkij Wracz 1911, Nr 20). J. opisuje przebieg porodu u kobiety 36-letniej, u której przed 7 laty zjawiły się pierwsze objawy wiądu rdzenia. Chora zaraziła się przymiotem wkrótce po wyjściu za mąż w 20. roku życia. Odbyła 8 porodów, z których 4 były przedwczesne; czworo dzieci urodziło się nieżywo, z reszty czworga żywych pozostała przy życiu 1 dziewczynka 6-letnia. Ostatnia, 9. ciąża przeszła bez powikłań. Chora od 2 lat nie chodzi wcale; zupełny brak odruchu kolanowego, porażenie czucia w nogach; zatrzymanie moczu i stolca; porażenie mięśni ocznych. Poród rozpoczął się na czasie. Wody płodowe odeszły bez poprzedzających bolów. Poród odbywał się szybko, w ciągu 2—2$^1/_2$ godzin. Chora nie odczuwała od początku aż do końca żadnego bolu, chociaż ręką położoną na brzuch można było stwierdzić energiczne skurcze macicy. Okres wydalania płodu odbył się bez udziału tłoczni brzusznej. W czasie przerzynania się główki rodząca odczuwała tylko dosyć wyraźnie ucisk na kiszkę stolcową. Łożysko odeszło po 10 minutach. Krwawienia nie było. Okres połogowy i zwijanie się macicy odbyły się prawidłowo. Nowonarodzone dziecię płci żeńskiej było zdrowe, ważyło 7 funtów; objawów przymiotu nie miało. Odczyn Wassermanna u położnej dał wynik dodatni. J. stwierdził, iż stan chorej nie pogorszył się wcale wskutek przebytej ciąży i porodu. — Godnym zaznaczenia jest fakt, iż w okresie daleko posuniętej choroby porody odbywają się zwykle szybko, bez najmniejszego bolu i bez udziału tłoczni brzusznej. Automatyczne ośrodki ruchowe macicy spełniają znakomicie zadanie swoje bez udziału ośrodkowych narządów nerwowych (rdzenia kręgowego i mózgu). Ważną rolę odgrywa, zdaniem J., także brak odruchowego podrażnienia ośrodka, hamującego skurcze maciczne, usadowionego prawdopodobnie w rdzeniu przedłużonym. Podobny przebieg porodu spostrzegali Kruiger i Offergeld w 2 przypadkach urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego u ciężarnych.

M. Pietkiewicz.

H. Thaler. **Zapalenie przydatków i tkanki łącznej miednicy, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia operacyjnego.** (Arch. f. Gyn. t. 93., zesz. III.). Spostrzeżenia, że nawet bardzo rozległe wysięki w miednicy małej mogą uledz znacznemu, a nawet i całkowitemu wessaniu tylko pod wpływem leczenia zachowawczego, skłoniły ginekologów do coraz większego ograniczenia leczenia operacyjnego. Najgorliwsi nawet operatorzy doszli do przekonania, że przy odpowiednim doborze przypadków leczenie zachowawcze najczęściej wystarcza i nie naraża chorych na niebezpieczeństwa, które ostatecznie tkwią w każdej prawie operacyi. — Doświadczenie pouczyło, że do leczenia zachowawczo-wyczekującego nadają się przedewszystkiem rozlane wysięki przymaciczne (parametritis) z niedokładnem odgraniczeniem przydatków, przypadki więc, nie nadające się do operacyi doszczętnej. Jeżeli w ciągu leczenia wytworzą się ropnie, należy je naturalnie przez nacięcie opróżnić. Do leczenia zachowawczego nadają się dalej zapalenia przydatków o średniem nasileniu, jak długo brak objawów groźnych pozwala liczyć na poprawę lub wyleczenie bez operacyi. Kierować się tu należy wynikiem kilkumiesięcznego leczenia, a dokładna obserwacya przebiegu choroby wskaże już, kiedy należy przerwać leczenie zachowawcze i przejść do operacyjnego. Postępowanie zachowawcze należy nadto stosować w przypadkach przewlekłych z niewielkimi zrostami, lub zmianami w położeniu macicy, lub wreszcie z nieznacznymi obrzękami przydatków. — Bardziej czynne postępowanie nadaje się znowu do przypadków ropienia w przydatkach (pyosalpinx), gdzie bliskość otrzewnej naraża chorą stale na wielkie niebezpieczeństwo. Ścisłe rozpoznanie jest tu bardzo trudne; zalecenie bezwzględnego spokoju może dać nam pewne wskazówki. I tak jeżeli podejrzane guzy i bole zmniejszają się po dłuż-

szem leżeniu w łóżku, wówczas operacya nie jest wskazana; jeżeli jednak guz pozostanie niezmieniony lub nawet zwiększy się, można z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że guzem tym jest ropień jajowodu lub jajnika, a wówczas wszelkie zwlekanie z operacyą staje się bezcelowe, a nawet niebezpieczne. Postępowanie czynne będzie prócz tego wskazane przy przypuszczeniu ciąży zewnątrzmacicznej lub nowotworu złośliwego. — Na 5270 przypadków zapaleń przymacicznych i okołomacicznych — stanowiących podstawę niniejszej pracy — operowano mniej lub więcej doszczętnie 598 kobiet, u których krótsze lub dłuższe leczenie zachowawcze pozostało bez skutku = 11·3%. Prócz tego wykonano 131 razy nacięcia już to przez sklepienie pochwy, już też przez powłoki brzuszne, i to zwykle ze wskazania bezwzględnego celem wypuszczenia ropy. Z powyższych 598 operacyi wykonano 336 przez pochwę, a 262 drogą brzuszną; 177 razy (58 + 119) operowano doszczętnie, t. zn. wyjmowano macicę wraz z przydatkami, a 420 razy (277 + 142) mniej lub więcej zachowawczo. Operowanie przez pochwę będzie wskazane tam, gdzie zamierzamy operować doszczętnie i spodziewamy się, że pewna ruchomość guzów przydatków nie stanie temu na przeszkodzie; dalej tam, gdzie szczególna zakaźność ropy w guzach zdaje się być bardzo prawdopodobna; w końcu w przypadkach świeżego zapalenia, szczególnie przyrody połogowej, jeżeli operacya w tym okresie chorobowym wogóle staje się konieczna. — Operowanie drogą brzuszną jest wskazane przy silnych i rozległych zrostach, przy przypuszczeniu powikłania ze strony wyrostka robaczkowego, w przypadkach przewlekłych, tam, gdzie zamierzamy operować o ile możności zachowawczo (osoby młode) i dokładna oryentacya jest konieczna. Do zalet tej drogi operacyjnej należy jeszcze możliwość dokładniejszego pokrycia rany otrzewną, dokładnego zaopatrzenia krwawiących kikutów i skontrolowania stanu narządów sąsiednich. Do wad zaś należy zaliczać większe niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej i rany brzusznej, n. p. przy pęknięciu ropni, jakoteż możliwość powstania przepuklin, która jednak od czasu wprowadzenia poprzecznego cięcia Pfannenstiela znacznie się zmniejszyła. Są jednak przypadki, gdzie wskazane jest raczej cięcie podłużne, a mianowicie, gdzie pęknięcie ropnia lub uszkodzenie jelit jest prawdopodobne; przekonano się bowiem, że następowe zakażenie cięcia poprzecznego należy do bardzo przykrych powikłań okresu pooperacyjnego. Przy operacyi bardzo polecenia godne jest używanie rękawiczek gumowych. Gdzie operacya nie dała się czysto przeprowadzić lub zachodzi obawa zakażenia przy operacyi, należy ranę operacyjną koniecznie sączkować. Przy zachowaniu powyższych zasad i ostrożności otrzymano następujące wyniki pierwotne: na 335 operacyi przez pochwę 329 wyleczeń = 98·2%, śmiertelność 1·8%; na 262 operowanych przez jamę brzuszną 248 wyleczeń = 94·7%, śmiertelność 5·3%. Najlepsze szanse wyleczenia daje jedynie operacya doszczętna, a z metod zachowawczych wycięcie obu jajowodów z pozostawieniem jednego lub nawet obu jajników w połączeniu z przyszyciem trzonu macicy do powłok brzusznych. Tam, gdzie w obrazie klinicznym wybitną rolę odgrywały krwawienia, lub gdzie przy operacyi wystąpiły okoliczności, wymagające sączkowania pooperacyjnego, należy operować doszczętnie, podobnie i tam, gdzie wyniki leczenia zachowawczego okazały się bezskuteczne i operacya doszczętna wskazana; nie należy się przytem zbytnio obawiać następowych objawów z powodu ustania czynności narządu płciowego (Ausfallssymptome), owszem okazało się, że operacya taka bardzo prędko przywróciła dawną zdolność do pracy, a operowane rzadko tylko skarżyły się na zaburzenia. Przy guzach przydatkowych przyrody gruźliczej wyniki operacyjne są tak niekorzystne, że polecić można raczej leczenie zachowawcze, chyba, że gruźlica usadowiła się pierwotnie tylko w narządzie rodnym, co się jednak bardzo rzadko zdarza.

E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 10 maja 1911.

Obecnych 40 członków. Przewodniczy Prof. Cybulski. Przewodniczący wita jako gościa kol Kramsztyka z Berlina.

1) Kol. Borzęcki przedstawia **preparaty mikroskopowe** grzybka **promienicy**, pochodzące z ognisk promienicy chorej, przedstawionej na ostatniem posiedzeniu. Obraz chorobowy uległ wyraźnej poprawie od tego czasu pod wpływem podawania KJ 3·0 dziennie.

Dyskusya: W sprawie wykrycia promienicy nadmienia Prof. Bujwid, że najważniejszem jest znalezienie drobnych ognisk w ropie, przy słabem powiększeniu nie przekraczającem 50 razy. Często wystarcza już lupa, a większe grudki widzialne bywają gołem okiem i nieraz dochodzą wielkości ziarnka prosa.

2) Kol. Borzęcki przedstawia **dwóch chorych leczonych salwarsanem**, stosowanym śródmięśniowo.

Chory M. uległ zakażeniu w lutym 1910. Leczenie dotychczasowe: w maju 1910, 7 wstrzyknięć Hg salicyl, w czerwcu 30 wcierań, d. 23 listopada 1910 salwarsan 0·6. Zmiany, które wtedy były na błonach śluzowych, ustąpiły. Zgłosił się d. 7 maja 1911 z powodu wysypki plamistej. Odczyn Wassermana dodatni. Zastosowano d. 9. V. drugą dawkę »606«.

Drugi chory Z., przyjęty d. 23. III. 1910, z rozpoznaniem »Sclerosis initialis ad cutem penis. Lymphadenitis universalis«. Zmian ogólnych nie stwierdzono. D. 26. III. salwarsan 0·6. D. 16. IV. stwierdzono: »Lues papulosa frontis, extremitat. superiorum, dorsi«. Wysypka, ograniczona tylko do pewnych okolic tułowia, miała charakter wysypki nie pierwszej, ale nawrotowej, szczegół, na który zwrócił uwagę Ehrmann u chorych leczonych salwarsanem. Choremu polecono wstrzykiwania Hg, salicyl których otrzymał do d. 22. V. 8 i w 6. dniu stwierdzono na migdałkach kłykciny płaskie.

Przedstawione te dwa przypadki, nie ujmując wartości leczenia i działania swoistego leku, gdyż u pierwszego chorego ustąpiły zmiany na błonach śluzowych, u drugiego zmiana pierwotna, stwierdzają jednak zapatrywanie dziś prawie ogólnie przyjęte, że środek ten nie chroni od nawrotów, nie mówiąc już o jego wartości jako środka wyjaławiającego. Chorzy, którym stosuje się salwarsan, powinni o tem wiedzieć i być w dalszej obserwacyi.

3) Kol. Borzęcki przedstawia chorego B. przyjętego wczoraj na oddział. Chory podaje, że od 6 tygodni — bez wiadomej przyczyny — nagle zaczął doznawać w obu stopach (do wysokości stawu skokowego), w mniejszym stopniu w obu rękach bardzo silnych bólów, kłucia, pieczenia, i uczucia gorąca. Od 6 tygodni, jak podaje, nie spał ani jednej nocy. Jedyną ulgę przynosi mu wstawienie nóg do zimnej wody i wtedy czasem na krótko zasypia. Badanie wykazuje: Skóra na grzbiecie nóg i stóp przekrwiona-zaczerwieniona, ciepłota przy dotykaniu ręką wydaje się podniesiona. Na skórze stóp i dłoni zmiany w naskórku w postaci ogniskowego łuszczenia się. Z krótkiej obserwacyi wnosząc, kol. Borzęcki rozpoznaje **erytromelalgię**. Już po przedstawieniu chorego ze względu na zaburzenia nerwowe i trudności rozpoznania skierowano chorego do ambulatoryum chorób nerwowych Prof. Piltza. Na podstawie szczegółowo przeprowadzonego badania, za które uprzejmie dziękuję kol. Piltzowi, przychylono się również do rozpoznania erytromelalgii. Chory pozostaje nadal na oddziale, a stan jego nie uległ zmianie. Aspiryna z fenacetyną podawana przynosi o tyle ulgę, że czasem chory usypia. (Streszczenie własne).

4) Prof. Bujwid przedstawia świnki morskie, szczepione **gruźlicą poddaną działaniu promieni pozafioletowych.**

Za użyciem przyrządu, dającego nieznaczną ilość tych promieni, przechodzących przez warstwę powietrza na 2 cm. grubą (induktor z butelką lejdejską i elektrody kadmowe), już po 15 sekundach bakterye gruźlicy zostają zabite. Świnki morskie, szczepione w październiku roku zeszłego, dziś nie okazują najmniejszych zmian, podczas gdy kontrolne jeszcze w grudniu padły. Działanie tych promieni jest jednakowe na gruźlicę ludzką i bydlęcą. W przeciwieństwie do tego tak energicznego działania pozafioletowych promieni nizka ciepłota, otrzymana przy parowaniu płynnego powietrza, dochodząca do — 192° C, nie działa na bakterye gruźlicze. Po 10 minutach działania tej ciepłoty bakterye gruźlicy ludzkiej i bydlęcej pozostały żywe. Świnki morskie kontrolne i takiemi bakteryami szczepione padają w tym samym czasie. Pod działaniem tej ciepłoty nie giną również zarazki duru cholery i czerwonki (typ. Shiga i Flexner). (Str. własne).

5) Kol. Eisenberg wygłasza drugą część odczytu: **O roznosicielach zarazków.**

W końcu Prof. Bujwid gorąco poleca zwiedzenie międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreznie.

Posiedzenie naukowe z dnia 24. maja 1911.

Obecnych 40 członków.

Przewodniczący kol. Prof. Cybulski prosi na wstępie, by przemawiający streszczali swe przemówienia na piśmie, zaraz podczas posiedzenia.

1) Kol. Borzęcki przedstawia a) chorą z **promienicą** po 4-tygodniowem leczeniu jodkiem potasu. Znakomita poprawa; ogniska zabliźniają się i ustępują.

b) Dwóch chłopców, rodzonych braci w wieku 6 i 9 lat, dotkniętych ciężką postacią **świerzbiączki Hebry** (prurigo Hebrae). Obraz zmian u obu jednakowy z typowem dla cierpienia rozmieszczeniem i zajęciem gruczołów chłonnych w przegubach pachwinowych. Spostrzeganie cierpienia tego u rodzeństwa należy do rzadkości.

c) Chorą S., lat 72, przyjętą na oddział z rozpoznaniem **pokrzywki przewlekłej.** Przy badaniu chorej zauważono na przedramieniu prawem linię wężykowatą szerokości 3—4 mm., nieco nad otaczającą skórę wyniosłą skutkiem równomiernego nacieku, jaki linię tę tworzy. Odcinek skóry linią tą objęty zmian innych prócz nieznacznego odbarwienia nie przedstawia. Sprawa opisana budziła podejrzenie co do zmiany kiłowej. Zapytana chora podała, że mając lat 17, a więc przed 55 laty, leczona była wcieraniami. Wykonany odczyn Wassermanna wypadł dodatnio. Dodać należy, że zresztą stan chorej nie przedstawiał żadnych zmian, poszczególne odruchy źreniczne, kolanowe, prawidłowe. W przypadku tym należy podnieść wielką wartość próby Wassermanna pod względem rozpoznawczym, nie idącą na równi z wartością pod względem rokowania. (Streszczenie własne).

2) Kol. Nowaczyński miał odczyt: **Odczyn Calmettea z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych.**

W dyskusyi zabierali głos kol. Eisenberg, Bujwid, Latkowski i sam prelegent. — Kol. Eisenberg zaznaczył, że próba Calmettea należy do licznych odczynów, które pospiesznie tworzy gorączka odkryć w dzisiejszej serologii. Próby te, acz nie prowadzą do pożądanych celów praktycznych, mogą jednak często odsłaniać ciekawe szczegóły biochemii ustroju zdrowego i chorego, niedostępne jeszcze bezpośrednim badaniom chemii fizyologicznej. Ciekawy fakt znalezionego przez prelegenta odczynu dodatniego w chorobach zakaźnych zdaje się tego dowodzić. Co do źródła wzmożonej ilości ciał tłuszczowatych (lipoidów), to szukanie go w rozpadzie zarazków nie jest zbyt prawdopodobnem ze względu na znikomą masę, jaką stanowią nawet miliardy drobnoustrojów i na małą ich zawartość w ciele tychże. Prawdopodobniejszem byłoby może przypuszczenie, że powstają one z komórek ustroju rozpadających się pod wpływem zakażenia. Co do wyłączenia gruźlicy utajonej jako przyczyny dodatniego odczynu u chorych zakaźnych, należy uwzględnić fakt, że, według Pirqueta i innych, u osobników gruźliczych dodatni przedtem odczyn skórny może znikać pod wpływem pewnych innych zakażeń (odra, kur), że tedy ujemny odczyn skórny w toku chorób zakaźnych nie wyklucza zakażenia gruźliczego. Wreszcie wskazuje E. na fakt, podnoszony zwłaszcza przez Baupa, że powinno się bardzo ostrożnie tylko przenosić wyniki badań przeprowadzonych z lecytynami handlowemi na stosunki w żywym ustroju, jak tego zresztą dowodzą także doświadczenia kol. prelegenta. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne d. 4. kwietnia 1911 r.

1) Gębarski przedstawił chorego z rozpoznaniem **uchyłka** w dolnej części **przełyku i klepsydrowatego żołądka,** które to rozpoznanie potwierdzone zostało badaniem rentgenograficznem.

2) Gliński przedstawił chorego na **pląsawicę dziedziczną.**

3) Stanisław Kozłowski: **Przyczynek do przemiany materyi u epileptyków.** Prelegent przeprowadził badania u epileptyków w dwu kierunkach: a) co do zachowania się epileptyków względem bodźców, działających na nerwy autonomiczny i współczulny według schematu Eppingera i Herza i b) szczegółowe rozbiory moczu u tych epileptyków, którzy wydzielają mocz z wielką ilością siarki neutralnej przy dyecie zwykłej, mieszanej i mlecznej. Co się tyczy punktu pierwszego, to badani chorzy nie oddziaływali wybitnie na wstrzykiwania podskórne adrenaliny, atropiny i pilokarpiny. Na pilokarpinę oddziaływały silniej dwie osoby z padaczką Jacksonowską, z których jedna dostała chwilowego podrażnienia gałązki nerwu twarzowego lewego. Na zasadzie badań moczu można było stwierdzić głębokie zaburzenia w przemianie materyi białkowej u epileptyków, z jednej strony niedostateczność spalania białka (obecność kwasów proteinowych w bardzo wielkiej ilości), z drugiej strony obecność wielkiej ilości amoniaku w moczu przednapadowym. Prelegent przypuszcza, że 1) nagromadzenie się NH_3 przed napadem w pewnych okolicznościach może być przyczyną, wywiązującą napad padaczkowy; 2) wskutek zwiększonych liczb dla siarki obojętnej i amoniaku może będzie można na tem oprzeć dyagnostykę różniczkową pomiędzy padaczką, a histeryą.

W dyskusyi Higier zaznacza, że o ile w ostatnich latach etyologia i anatomia patologiczna padaczki zostały znakomicie wyświetlone, o tyle pod względem patogenetycznym błądzimy ciągle. Czy istotnie nadmiar siarki w moczu i karbaminianu amoniaku jest stały i czy w samej rzeczy stanowi tło sprawy padaczkowej, pokażą dalsze badania na większym materyale, ale padaczki samorodnej, przy których to badaniach należy uwzględniać przemianę materyi w okresie przednapadowym i ponapadowym, oraz wpływ samego napadu.

Wisłocki zaznacza, że dotychczas stwierdzono niezbicie zmniejszenie się przed napadem ilości związków azotowych w moczu i fosforanów ziem, zwiększenie zaś tych ciał po napadach. Zmiany te nie mogą być wynikiem tylko pracy mięśniowej podczas napadów, gdyż istnieją i podczas psychicznych równoważników padaczki.

Stanisław Mutermilch zaznacza doniosłość faktu, poraz pierwszy stwierdzonego przez prelegenta, mianowicie wzmożonego wydzielania kwasów proteinowych z moczem u chorych na padaczkę. Co się tyczy wpływu, jaki wywierać ma zdaniem prelegenta wzmożone wydzielanie amoniaku na objawy chorobowe u chorych padaczkowych, to zdaniem mowcy wobec tego, iż amoniak wydziela się w postaci obojętnych połączeń, jest rzeczą mało prawdopodobną,

aby amoniak sam przez się mógł być przyczyną napadów padaczkowych.

Anastazy Landau zaznacza, że padaczka nie da się utożsamić z zatruciem kwaśnem, bowiem w cukrzycy, która prowadzi do najwyższych stopni kwasicy, drgawki mięśniowe stanowią stosunkowo rzadkie powikłanie. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, iż wzmożona zawartość amoniaku we krwi, oraz zwiększona wydajność tego produktu z moczem towarzyszy nieodłącznie wszystkim stanom drgawkowym. Zauważyć się to daje zarówno w drgawkach mięśniowych, wywołanych doświadczalnie u zwierząt, jak i w różnych stanach chorobowych u ludzi.

W odpowiedzi zaznacza prelegent, że nie wyprowadzał bezwzględnych wniosków, przedstawił tylko wrażenia, jakie odniósł, badając przemianę materyi epileptyków.

4) Stanisław Kozłowski: **Nowy sposób ilościowego oznaczenia indykanu zapomocą specyalnego spektrofotometru.**

W dyskusyi Wacław Mayzel przypomina swoją prostą metodę określania indykanu, podaną przed 15 laty.

5) Brudziński wygłosił rzecz p. t.: **Współczesny stan szpitalnictwa dziecięcego** z demonstracyą planów nowobudującego się szpitala dla dzieci w Warszawie. Prelegent omawia ogólne zasady szpitalnictwa dziecięcego, któremi kierować się należy przy budowie nowego szpitala, poczem przedstawia na przeźroczach plany nowego szpitala dla dzieci im. Karola-Maryi fundacyi p. Zofii Szlenker.

Posiedzenie kliniczne dnia 18. kwietnia 1911.

1) W dyskusyi nad odczytem Brudzińskiego: **Współczesny stan szpitalnictwa dziecięcego** (z demonstracyą planów nowobudującego się szpitala dla dzieci w Warszawie) zabierali głos koledzy: Polikier, Dobrowolski, Orzeł, Kramsztyk Julian i prelegent.

2) Stefan Kramsztyk z Kołobrzegu wygłosił rzecz p. t.: **Zaburzenia odżywiania niemowląt w świetle badań najnowszych.** Prelegent zaznacza, że nauka o zaburzeniach odżywiania niemowląt przechodziła w rozwoju swym różne fazy, w których kolejno odbijały się na niej poszczególne gałęzie wiedzy lekarskiej. Po okresie czysto objawowym nastąpił okres anatomo-patologiczny, po nim zaś bakteryologiczny. Na drogę ściśle naukową weszła sprawa zaburzeń odżywiania niemowląt z chwilą pojawienia się prac z kliniki Czernego, które wykazały, iż szkodliwym składnikiem mleka krowiego jest tłuszcz, wywołujący objawy acydozy. Na podstawie drobiazgowych obserwacyi klinicznych utworzył przed niedawnym czasem Finkelstein nową jednostajną klasyfikacyę zaburzeń, oraz znacznie uregulował leczenie dyetetyczne niemowląt. — Badania współczesne uważają naruszenie nabłonka jelitowego za punkt wyjścia zaburzeń; na czem jednak polega zawarty w pokarmie kobiecym »składnik uzdrawiający«, tego jeszcze ani badania przemiany mineralnej, ani rozumowania fizyczno-chemiczne wyjaśnić nie zdołały. Wprowadzone przed rokiem przez Finkelsteina mleko »białkowe« stanowi pewien postęp na drodze udoskonalenia pokarmu sztucznego, zwalczanie jednak nienaturalnego sposobu karmienia niemowląt musi być wciąż stawiane na pierwszym planie.

Posiedzenie kliniczne dnia 25. kwietnia 1911.

Witold Skórczewski wygłosił rzecz p. t.: **Leczenie głodem.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 18. marca 1911.

Obecnych 19 członków.

I. Kol. Batawia odczytał rzecz p. t.: **Stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego.** (Odczyt ten, po wygłoszeniu go na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi, będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi oświadcza kol. Biegański, że już oddawna zwracał uwagę na związek przyczynowy, jaki zachodzi pomiędzy gośćcem stawowym i zapaleniem migdałków. Ostatnia epidemia zapalenia gardła (angina foll.), jaką spostrzegano w Częstochowie w roku zeszłym, wyróżniała się szczególną złośliwością. Zauważono wiele przypadków ciężkiego zapalenia stawów, wsierdzia, a nawet nerek. — Kol. Rozenfeld podnosi, że stany podgorączkowe pochodzenia migdałkowego niekoniecznie muszą być następstwem ostrego zapalenia gardła. W dwóch przypadkach gorączka wystąpiła po grypie i trwała w ciągu kilku tygodni aż do czasu rozerwania zatok (lakun) przez kol. Batawię. Charakterystyczną cechą gorączki pochodzenia migdałkowego jest stałość ciepłoty. Dzienne wahania nie przekraczają zwykle 0·2—0·3. Rozpoznanie kliniczne przyczyny gorączki jest bardzo trudne, albowiem czopy najczęściej są głęboko ukryte i ledwie widzialne dla oka.

II. Kol. Biegański mówił **o środkach sercowych.** Najskuteczniejszym środkiem jest zawsze naparstnica. Wpływ przepisywanych powszechnie proszków i naparów często się różni, zależy bowiem od zawartości glukozydów (digitaliny i digitoksyny), od właściwości samej rośliny i czasu jej zbierania. Glukozydy rozkładają się pod wpływem zawartych w liściach fermentów. Z tego powodu w Niemczech stosują wypróbowany na żabach »pulv. folior. digitalis titrata« lub też »pulv. foliorum digitalis« Winklera. Chcąc uniknąć zaburzeń przewodu pokarmowego, najlepiej stosować digipuratum (po 0·1). Jako środek wybitnie moczopędny, zwłaszcza przy obrzękach, zastępować może naparstnicę »extractum apocyni cannabini fluid.« (po 15 kropli 3 razy dziennie). Dobrym środkiem sercowym jest również kamfora, stosowana z powodzeniem przy chorobie Basedowa. Przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej i tętniaku pożytecznym jest jodek potasu, naparstnica zaś jest nieodpowiednią, a nawet szkodliwą.

III. Kol. Biegański mówił **o czynności przysadki mózgowej** (hypophysis cerebri). Po krótkich uwagach o rozwoju i utkaniu przysadki kol. B. twierdzi, że zraz przedni tego narządu pod względem histologicznym przypomina gruczoł tarczowy, nadnercza, oraz wysepki Langerhansa. Zestawienie różnych faktów z dziedziny patologii i terapii, przerost jednego gruczołu w razie zaniku drugiego, — zdaje się przemawiać na korzyść przypuszczenia, że wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem mają jednakową czynność. Jakkolwiek czynność ta nie została należycie wyjaśnioną, prawdopodobnie gruczoły te wywierają wpływ na rozwój kości i rozwój układu nerwowego.

W dyskusyi oświadcza kol. Rozenfeld, że gruczołom o wydzielaniu wewnętrznem przez wielu autorów (Combe) przypisywana jest jeszcze jedna czynność, polegająca na zobojętnianiu i niszczeniu pierwiastków trujących, które wytwarzają się w przewodzie pokarmowym wskutek gnicia białka. Co się tyczy identyczności funkcyi, przeczy temu poniekąd swoistość objawów chorobowych pod wpływem zmian w poszczególnych narządach. — Kol. Marczewski popiera to zdanie i dowodzi, że obecnie nie mamy jeszcze dostatecznej podstawy do utożsamiania czynności wszystkich gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 23 marca 1911.

Obecnych członków 24. Przewodniczący kol. S. Trzebiński.

1) Kol. Z. Gilewicz. **O odczynie Jefimowa i Bulenko z płynem Bellosta.**

Dyskusya: Kol. Cichocki zapytuje, czy ilość amoniaku użytego do odczynu gra jakąkolwiek rolę. — Kol,

Gilewicz: Nasilenie odczynu zależy zawsze od ilości zużytego amoniaku w płynach sztucznych. — Kol. Cichocki zapytuje jeszcze prelegenta, czy spotykał śród swoich chorych, badanych odpowiednio, — chorych na glisty. — Kol. Gilewicz odpowiada, że widział tylko jednego, przyczem odczyn był ujemny.

2) M. Łążyński. przedstawia **zdjęcia rentgenograficzne** z prawej dolnej kończyny 20-letniej dziewczyny, chorej od urodzenia. W wywiadach — prawdopodobne obarczenie dziedziczne ze strony matki, która dłuższy czas cierpiała na jakąś chorobę nóg, a ostatnie lat 10 wcale nie mogła chodzić. Zresztą w całej rodzinie niema żadnych chorób ani zboczeń rozwojowych. Do dwunastego roku życia chora przy chodzeniu opierała się na prawej nodze, chociaż czuła w niej ból; potem nastąpiło przykurczenie w kolanie i kończyna stała się nietylko nieużyteczną, lecz zawadą przy chodzeniu. Kościec na ogół zbudowany prawidłowo; wejrzenie ogólne osoby zdrowej. Gruczoł tarczowy cokolwiek powiększony. Inne narządy wewnętrzne, oraz układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy prawidłowe. Skład krwi morfologiczny nie zmieniony; odczyn Wassermanna — ujemny; Pirqueta — słabo dodatni. — Cała prawa kończyna dolna zgrubiała, zgięta w kolanie pod kątem 120°; goleń nieco wygięta łukowato ku wewnątrz, pozbawiona kształtów zwykłych; stopa również zniekształcona, wywrócona do środka; palce nieruchome. Dolna część uda, kolano, goleń i stopa bolesne przy dotykaniu. Nadzwyczaj obfite pocenie się skóry przedniej i zewnętrznej powierzchni goleni. Tkanki miękkie goleni i dolnej połowy uda — stwardniałe, żyły skórne leżą w głęboko wyżłobionych bruzdach. Wzdłuż strzałki dają się wymacać wyrostki kostne i niewielkie, jak kość twarde, ruchome grudki. Na zdjęciach rentgenograficznych widać zanik tkanki kostnej w okolicy stawów kolanowego i skokowego, oraz kości stopy. Główne jednak zmiany dotyczą strzałki — zgrubiałej w części środkowej, jakby przeżartej w częściach górnej i dolnej. Od niej na wszystkie strony odchodzą wyrostki kostne, które idąc po więzadle międzykostnem, dochodzą do piszczeli i wciągają ją w sprawę chorobową. Oprócz tego w miękkich tkankach goleni i dolnej części uda spostrzegamy znaczny naciek (infiltratio) złogów soli wapnia o budowie tkanki kostnej gąbczastej. Na ogół bujanie tkanki kostnej odbywa się tutaj podobnie, jak bujanie złośliwego nowotworu nabłonkowego: od ogniska głównego odchodzą w różne strony pasma, a prócz tego w tkankach sąsiednich leżą rozsiane i odosobnione wysepki tkanki nowotworowej. — Przedstawiona postać chorobowa jestto cierpienie »sui generis«, nie dające się zaliczyć do którejkolwiek z kategoryi znanych i opisanych schorzeń kości. Ze względu na nacieczenie tkanek miękkich solami wapnia (o budowie tkanki kostnej), na wciągnięcie w sprawę chorobową tkanek sąsiednich, na przebieg choroby postępujący, opierający się wszelkim zabiegom leczniczym, proponuje Ł. nazwać omawianą chorobę — **osteitis progressiva infiltrans**.

Dyskusya: Kol. Obniski widział przed laty w klinice Prof. Bornhaupta przypadek o pewnych cechach, zbliżonych do cech przedstawionego przypadku. Tyczył się on młodej osoby, 20 lat mającej. Chora ta od paru lat cierpiała na bóle w lewem ramieniu i przedramieniu. Całe to miejsce obrzękłe, bolesne; kości zgrubiałe. Skóra niezaczerwieniona. Mięśnie w stanie nacieku, przypominającego twardzinę (sclerodermia). Rozpoznanie: Myeloma. Promieni Roentgena wówczas jeszcze nie znano; chorej zaproponowano resekcyę, na którą się nie zgodziła.

Sekretarz: Hoffman.

---

40. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego.

(Berlin, 19—22. kwietnia 1911).

Podał

Dr Adolf Klęsk.

(Dokończenie).

VI. Chirurgia naczyń.

Coenen (Wrocław): **Doświadczalne badania nad operacyą Wietinga.** Operacya Wietinga zmierza do odwrócenia niejako obwodowego krążenia, a to zapomocą połączenia dośrodkowego końca tętnicy przeciętej z obwodowym końcem odpowiedniej żyły i naodwrót, przez co krew płynie przez naczynia włosowate w kierunku odwrotnym. Teoretycznie pomysł bardzo dobry; w praktyce próbowany niestety ze skutkiem niebardzo zachęcającym. Badania doświadczalne przemawiają przeciwko niemu. Zastawki żylne nie przepuszczają absolutnie krwi w kierunku przeciwnym, a nawet, o ile n. p. u psa podwiązanie obustronne szyjnej tętnicy i żyły zewnętrznej przebiega bez większych zaburzeń, to występują one gwałtownie przy skrzyżowanem połączeniu naczyń.

Smoler (Ołomuniec) poleca gorąco stopniowe zaciskanie naczyń przed ostatecznem ich podwiązaniem, zwłaszcza przy podwiązaniu tętnicy szyjnej.

Bramann (Halle): **O szwie naczyń.** B. opisuje dwa przypadki tętniaków urazowych tętnicy udowej, wyleczone wycięciem i szwem naczyniowym.

Schaack i Hesse (Petersburg): **Połączenie żyły udowej z żyłą odgoleniową (saphena) celem leczenia żylaków.** W przypadkach niedomykalności zastawek żylnych, przy dodatnim objawie Trendelenburga u ludzi silnych i zdrowych, rzeczona operacya, podana przez Delbeta z Paryża, oddaje usługi cenne, a bezwarunkowo lepsze od innych sposobów, n. p. od wycięcia naczyń.

Katzenstein (Berlin): **Czynnościowe leczenie żylaków przez przemieszczenie żyły odgoleniowej (saphena) w mięsień krawiecki.** Wiadomo, że w żyłach mięśniowych wskutek kurczenia się mięśni krążenie krwi odbywa się bardzo dobrze. K. wyzyskuje to w ten sposób, że po odpreparowaniu żyły odgoleniowej na udzie, kładzie ją w kanał, utworzony z obszytego nad żyłą mięśnia krawieckiego, który kurcząc się, popycha krew ku sercu. Wyniki bardzo dobre, zwłaszcza co do bolów i wrażeń podmiotowych.

Hackenbruch (Wiesbaden): **Rozpoznawanie niedomykalności zastawek żył kończyn dolnych.** H. bada chorych w pozycyi stojącej i uderzając w napełnioną żyłę, wywołuje powyżej w przypadkach niedomykalności zastawek wybitne uczucie chełbotania, czego przy domykalnych zastawkach niema.

Francke (Rostock): **Doświadczalne badania nad zmianą krążenia przy marskości wątroby.** Ponieważ operacya Talmy często nie daje dobrych wyników, przeto F. radzi łączyć żyłę wrotną wprost z żyłą główną.

VII. Tematy różne.

Dollinger (Peszt): **Krwawe odprowadzanie zastarzałych zwichnięć stawu biodrowego.** Na 22 przypadki zastarzałych zwichnięć stawu biodrowego w 5 udało się jeszcze odprowadzenie, w reszcie operacye, z czego zaledwo w 5 przypadkach wynik co do czynności zupełnie dobry.

Klapp (Berlin) omawia dwa przypadki **dychawicy, wyleczone wycięciem żeber.**

Schlesinger (Berlin): **Doświadczalne badania nad operacyami płucnemi przy pomocy wdmuchiwań śródpiersiowych.**

Unger omawia **wycinanie przełyku,** a Heyrovsky donosi o pomyślnem wycięciu rozszerzenia przełyku.

Bakes (Berno): **Doświadczenia nad poprzecznem cięciem brzucha podług Sprengla i nowem plastycznem cięciem torującem drogę do nerki.** B. zachwala bardzo cięcie Sprengla, które w 280 przypadkach oddało mu znakomite usługi. Poprzeczne cięcie celem dostania się do nerki daje bardzo dobry dostęp, dozwala operować śródotrzewnie i zewnątrzotrzewnie, oszczędza nerwy grzbietowe i dozwala obmacać drugą nerkę.

Arnsperger (Heidelberg) omawia sprawę żółtaczki zapalnej, a Francke pokazuje preparaty naśtrzykanych naczyń limfatycznych dróg żółciowych i trzustki.

Reichel (Chemnitz) i Haberer (Wiedeń) omawiają **wycinanie jelita grubego,** oświadczając się za wycinaniem jednoczasowem bez tamponady.

Pels-Leyden zastanawia się nad powstawaniem gruźlicy nerek, uznając zakażenie drogą krwi za główne. Barth omawia przypady zaniku sterczu.

Saar donosi o bardzo dobrych wynikach przy **ciężkich powikłanych złamaniach.** Tam nawet, gdzie dawniej napewno trzebaby amputować, obecnie udaje się wyleczyć zachowawczo, a to w ten sposób, że odłamki obu kości z pomocą rozszerzenia rany wysuwa się całkiem na powierzchnię i otacza je tamponami, a dopiero po dniach lub tygodniach, gdy wszelkie groźne objawy znikną, odprowadza się odłamki i kończynę ustala się w położeniu prawidłowem.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

Sekcya chirurgiczna:

Tematy główne obrad wspólnych sekcyi medycyny wewnętrznej i chirurgicznej: 1. Chirurgia płuc i opłucnej. Referenci: 1) A. Sokołowski (Warszawa): Wskazania do leczenia chirurgicznego schorzeń płuc i opłucnej ze stanowiska medycyny wewnętrznej. 2) F. Kijewski (Warszawa): Współczesny stan chirurgii płuc. II. Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. Referenci: 3) M. Rejchman (Warszawa). 4) R. dw. Prof. L. Rydygier (Lwów).

Temat główny sekcyi chirurgicznej: Aseptyka. 5) Prof. M. W. Herman (Lwów): Współczesny stan nauki o bezgnilnem postępowaniu w chirurgii. 6) Prof. Br. Kader (Kraków): Dziesięć lat aseptyki w klinice krakowskiej. 7) Br. Hackbeil (Kraków): Eter, jako środek odkażający skórę.

Wykłady: 8) Prof. L. Kryński (Warszawa): Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa. 9) Tenże: Operacya Mingazziniego. 10) H. Oderfeld (Warszawa): Wycięcie guzów wątroby. 11) S. Dobrucki (Lublin): Postępowanie przy poprzecznych przecięciach przewodu żółciowego wspólnego. 12) Prof. Kader (Kraków): Jakie powinniśmy zająć stanowisko w sprawie leczenia kamicy żółciowej na podstawie zmian spostrzeganych przy operacyach na drogach żółciowych. 13) F. Majewski (Warszawa) i M. Zielińska (Warszawa): O znaczeniu badania cytologicznego wysięku pryszczydłowego dla rozpoznania nowotworów jamy brzusznej. 14) F. Majewski (Warszawa): O leukocytozie bólowej. 15) Dr Mincer (Warszawa): O usuwaniu całkowitem pęcherza moczowego wraz z gruczołem krokowym. (Przedstawienie chorego). 16) C. Stankiewicz (Warszawa): Kilka uwag z powodu przypadku wynicowania pęcherza moczowego. (Operacya Maydl-Boreliusa). 17) Prof. W. Chlumsky (Kraków): W sprawie operacyjnego leczenia wynicowania pęcherza. 18) Tenże: Przyczynek do etyologii i leczenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. 19) Tenże: O zwichnięciu górnego końca kości promieniowej u dzieci. 20) Pomorski (Poznań): O wynikach przeszczepiania ścięgien i zgwaźdźania kości (Knochenbolzung) przy porażeniach dziecięcych. 21) Epstein (Kraków): Leczenie porażeń dziecięcych na podstawie doświadczeń krakowskiej kliniki. 22) Doc. Z. Radliński (Kraków): W sprawie dyagnostyki czynnościowej nerek (praca doświadczalna). 23) M. Warzeszkiewicz (Kraków): Skręt pętli esowatej. 24) M. Hładij (Kraków): Przecięcie górnego końca kości udowej przy zesztywnieniach stawu biodrowego. 25) M. Saidman (Kraków): O leczeniu gruźlicy chirurgicznej zapomocą fermentów. 26) Tenże: W sprawie wewnątrzżylnego znieczulania hedonalem. 27) Prof. F. Nowotny (Kraków): Temat zastrzeżony. 28) Helman (Łódź): Sprawy chorobowe narządu słuchowego u osesków i niemowląt. 29) Batawia (Częstochowa): Przewlekłe sprawy gorączkowe pochodzenia migdałkowego. 30) Żebrowski (Lublin): Przyczynek do kazuistyki złośliwych nowotworów ucha środkowego. 31) Lauer (Kraków): Z fizyologii błędnika. 32) Spira (Kraków): Temat zastrzeżony. 33) Prof. Br. Kader (Kraków): W sprawie homoplastyki kostnej.

O ile w odpowiednim czasie zgłoszona zostanie dostateczna ilość odpowiednich odczytów, będzie urządzone posiedzenie z pokazaniem projekcyi. Dotychczas w tym dziale zgłoszono: 34) I. H. Judt (Warszawa): Rentgenografia płuc a zwłaszcza gruźlicy. 35) H. Hładij (Kraków): Pokazy rentgenograficzne.

Dalsze zgłoszenia odczytów uprasza się adresować: Prof. Dr Br Kader, Kraków, Klinika chirurgiczna, ul. Kopernika 40. Chorzy sprowadzeni przez uczestników Zjazdu do przedstawienia znajdą pomieszczenie w klinice chirurgicznej (Kopernika 40).

Ogólny program Zjazdu jest następujący:

W poniedziałek, dnia 17 lipca, o godz. 6 wieczorem w sali krakowskiego Towarzystwa lekarskiego uroczyste posiedzenie z powodu 50-letniego istnienia »Przeglądu lekarskiego«, organu tego Towarzystwa. Wieczorem tego dnia o godz. 9 w salach Grand Hotelu swobodne zebranie celem wzajemnego poznania się.

We wtorek, dnia 18 lipca, o godz. 9 rano otwarcie Zjazdu w salach Starego Teatru, popołudnie zaś tego dnia, jak również cała środa i czwartek, przeznaczone są na posiedzenia sekcyjne, które będą się odbywać rano od godz. 9 do 12 i popołudniu od godziny 3 do 6.

W piątek, dnia 21. lipca, o godzinie 9 rano odbędzie się ogólne posiedzenie i zamknięcie Zjazdu, poczem rozpoczną się wycieczki — jedna do Wieliczki, druga naukowa, złożona z mineralogów, geologów i botaników, wzdłuż Raby i Dunajca do Tatr, a wreszcie trzecia, lekarsko-turystyczna, do Zakopanego i Tatr.

Na posiedzeniu inauguracyjnem wygłosi odczyt Dr Eugeniusz Romer, prof. uniwersytetu we Lwowie, pt. »O krajobrazie«, a spodziewany jest także współudział p. Curie-Skłodowskiej z Paryża. Na posiedzeniu, zamykającem Zjazd, wygłosi odczyt Dr Heliodor Święcicki z Poznania p. t. »Estetyka w medycynie«. Podczas Zjazdu odbędzie się wystawa balneologiczna, mineralogiczna i zawodowo-farmaceutyczna. Członkowie Zjazdu będą otrzymywać codziennie »Dziennik Zjazdu«, informujący o przebiegu obrad i podający szczegółowe programy, oraz wszelkie bieżące wiadomości, po Zjeździe zaś każdy z uczestników otrzyma »Pamiętnik Zjazdu«, zawierający treść odczytów, rozpraw i uchwały Zjazdu.

Co do towarzyskiej strony Zjazdu, to we wtorek 18. lipca, odbędzie się raut komitetu gospodarczego, we środę, o ile pogoda dopisze, podwieczorek w parku Jordana, a we czwartek wieczorem gmina m. Krakowa wydaje raut na przyjęcie gości. Osobny komitet, złożony z ludzi fachowych, zajmie się oprowadzaniem uczestników po Krakowie, aby dać im możność poznania artystycznych i bogatych pamiątek grodu Krakusa.

Wreszcie, aby ułatwić uczestnikom wygodny pobyt w Krakowie, zawiązał się osobny komitet mieszkaniowy, na którego czele stoi Prof. Jan Piltz (Kopernika 23), do którego też w sprawie mieszkań z dokładnem podaniem jakości mieszkania należy się zgłaszać.

Ludwik Przedborski.

Przed kilku tygodniami pogrzebaliśmy jednego z szanowanych i najbardziej szacunku godnych lekarzy w Łodzi, Ludwika Przedborskiego.

Urodzony w Warszawie w r. 1858 w biednej żydowskiej rodzinie, skończył warszawski Wydział lekarski, a uzupełniwszy wykształcenie pod kierunkiem mistrzów szkoły wiedeńskiej, osiadł

w Łodzi, jako laryngolog i ordynator szpitala Poznańskich i na tem stanowisku wytrwał lat 25 z górą. Jako lekarz oddawał się nauce z zamiłowaniem, o czem świadczy długi, bo z 25 prac składający się szereg monografii i artykułów z dziedziny laryngologii, do pierwszych pionerów której w kraju naszym należał, drukowanych w czasopismach lekarskich polskich i obcych, świadczy dalej gorliwy udział w Zjazdach lekarskich i w pracach Tow. lek. łódzkiego, którego od założenia był członkiem.

Jako lekarz i kolega był bez zarzutu w stosunku do chorych i kolegów. Lecz cechą najwydatniejszą, która Mu powszechny szacunek zdobyła, było głębokie poczucie obowiązków społecznych i szczery stosunek do aspiracyi narodowych społeczeństwa polskiego, za którego członka się uznawał bez zastrzeżeń z mocy uczuć głębokich.

Szerokie wykształcenie ogólne, wielki talent popularyzatorski, bystrość umysłu, łatwość wysłowienia i wrodzony dowcip, przy wielkiej dobrej woli i gotowość do usług społecznych sprawiały, że we wszelkich poczynaniach społecznych w Łodzi wyraźnie i dobitnie swój udział zaznaczył. Dość przypomnieć o działalności i odczytach Przedborskiego w Tow. higienicznem, w Tow. krzewienia oświaty, w Tow. abstynentów, w Zarządzie Pogotowia, w Kom. budowy szpitala dla obłąkanych żydów, aby uprzytomnić sobie, jak dużo sił i czasu poświęcał zmarły na usługi obywatelskie. Ostatnim czynem Przedborskiego było zainicyowanie i przedwstępne prace w celu założenia w Łodzi muzeum nauki i sztuki. Niestety choroba nerek na tle stwardnienia tętnic nie pozwoliła Mu wziąć udziału w otwarciu tej instytucyi, które nastąpiło parę miesięcy temu.

To ostatnie swe dziecię Przedborski bardzo umiłował i miłości tej dał wyraz, dzieląc na łożu śmierci pomiędzy muzeum a szpitalem dla obłąkanych skromne swe oszczędności.

Do chwili śmierci zmarły zachował pogodę umysłu i humor. Żył szlachetnie, świat żegnał z uśmiechem. Cześć jego pamięci.

Julian Grabowski.

Prace Ludwika Przedborskiego.

1) Skurcz fonacyjny pochodzenia nerwowego. 2) O histerycznych zaburzeniach krtani. 3) Przypadek uleczenia pierwotnej gruźlicy krtani. 4) Obecny stan leczenia gruźlicy krtani. 5) Spostrzeżenia nad stosowaniem tuberkuliny w szpitalu im. Poznańskich w Łodzi. 6) O wypadnięciu zatoki Morgagniego. 7) O przewlekłym nieżycie nosa. 8) O krwotocznem zapaleniu krtani. 9) O ostrem ropnem zapaleniu gardzieli i krtani. 10) Przypadek obcego ciała w krtani. 11) Przypadek ropnia nagłośni w przebiegu odry. 12) Przypadek porażenia krtani w przebiegu endocarditidis ulcer. septicae. 13) Przypadek pierwotnego skurczu rozszerzaczy głośni. 14) O nerwowych cierpieniach krtani przy tyfusie brzusznym i wysypkowym. 15) O cierpieniach krtani przy ciąży. — Wszystkie te prace wyszły w »Gazecie lekarsk.«. 16) Reflexneurosen bei Nasenkrankheiten. 17) O fenolu sulforycynowym przy gruźlicy krtani. 18) Wyniki tracheotomii przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. — Trzy powyższe odczyty wygłoszone zostały na Zjazdach międzynarodowych w Rzymie i w Berlinie.

17) Przyczynek do powstawania, rozpoznawania i leczenia cierpień zatok bocznych nosa. »Czasopismo lek.« 1904. Nr 11. i 12. 18) Obecny stan otolaryngologii. »Czasop. lek.« numer jubileuszowy Biegańskiego. 19) O wyroślach adenoidalnych. »Zdrowie«. 20) Zmysł słuchu i dźwięku. Wydawnictwo Arcta »Jak poznajemy świat«. 21) Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen phlegmonösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfs. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1896. Nr 8. 22) Ueber einen Fall vom primären hysterischen Krampf der Glottiserweiterer. Ibidem 1893. Nr 11. 23) Ueber Lähmungen der Kehlkopfsmuskeln bei Unterleibs- und Flecktyphus. Vollkmanns klin. Vorträge. Nr 182. 24) Linksseitige Kehlkopflähmung im Verlaufe einer acuten infectiösen Krankheit von unbekannter Natur. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1895. Nr 11. 25) Przypadek porażenia opuszkowego ze schorzeniem przeważnie jąder ruchowych nerwów błędnego, dodatkowego i gardzielowojęzykowego. »Gazeta lek.« 1911. Nr 14.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. b. m. posiedzenie, na którem Prof. Kader i Dr Radliński przed-

stawili chorych z kliniki chirurgicznej, a Prof. Reiss z kliniki dermatologicznej, poczem odbył się zapowiedziany wykład Dr Webera.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1911/12 wybrany został Prof. Dr Władysław Reiss.

— Dr Franciszek Krzyształowicz, profesor nadzw. tytularny dermatologii, mianowany został profesorem nadzw. rzeczywistym, a docent medycyny wewnętrznej Dr Erwin Mięsowicz — profesorem nadzw. tytularnym.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dr Zygmunta Radlińskiego z zakresu chirurgii.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Maryan Niewiarowski, rodem z Wołynia, Władysław Kuryluk z Warszawy, Stanisław Jan Rudzik, Grzegórz Kral z Sądowej Wiszni, Stanisław Przychodzki z Krakowa i Józef Schmidt z Karwiny na Sląźku.

— Bratnia Pomoc medyków Uniw. Jagiell. zorganizowała wycieczkę naukową po zdrojowiskach galicyjskich dla obeznania słuchaczy medycyny z urządzeniami balneologicznemi w kraju. Wycieczka, w której uczestniczyło 25 słuchaczy, zwiedziła przy udziale Prof. Bujwida od 31. V. do 8. VI. Żegiestów, Zakopane i Szczawnicę. We wszystkich zdrojowiskach oprowadzali wycieczkę z odpowiednim wykładem lekarze zdrojowi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. VI. do 17. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 4, płonicy 12 † — (2 † —), odry 5 † 2 (— † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), czerwonki 1, róży 2, jaglicy 1, różyczki 1. Dr Janiszewski.

Zmarli: Dr Bolesław Jan Napoleon Grabiński w 70 r. ż. w Neuville-sur-Saône; Dr Michał Kępiński w 59 r. ż. w Warszawie.

neurolog Prof. Remak i chirurg Prof. Krönig w Berlinie, patolog Prof. Stilling w Lozannie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.